Document de consultation

Le suicide, jamais de la vie!

Réduire le nombre de décès par suicide en Mauricie et au Centre-du-Québec

Vers un plan d'action 2003-2006 dans le dossier du suicide

Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

27 janvier 2003

AVANT-PROPOS

La démarche régionale

Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, ce sont quelque 115 personnes qui mettent fin à leurs jours chaque année. La région occupe le quatrième rang au Québec pour son taux de suicide parmi les 16 régions sociosanitaires. Ce n'est certainement pas une situation acceptable.

Ce qui est plus dramatique encore, c'est que parmi les personnes qui se suicident, nombreuses, trop nombreuses, sont celles qui ont demandé de l'aide et qui ont fait affaires avec le réseau de services mis en place dans la région.

Gaston, 39 ans, marié et père de trois enfants, a tout perdu au jeu. Il est criblé de dettes et se sent coupable au plus haut point. Il pense sérieusement à se suicider. Comme beaucoup d'hommes, il hésite avant de consulter mais, devant l'insistance de ses proches, il se rend au CLSC où il rencontre immédiatement un intervenant social. Ce dernier constate l'état de Gaston et prend rendez-vous avec un médecin... dans une semaine. Par trois fois, Gaston appelle à l'aide dans la journée en précisant qu'il ne pourra attendre une semaine. Il salue ses enfants avant d'aller mettre fin à ses jours.

Claude, 20 ans, est en proie à une dépression. Il demande à sa mère de l'aider à mourir. Il fait une tentative de suicide et, après quelques heures passées à l'urgence, il est retourné dans son appartement où il vit seul, avec une prescription d'antidépresseurs qui feront effet dans environ 3 à 4 semaines. Ses parents lui trouvent un psychologue de pratique privée qui le suit de près. Voyant que la situation devenait encore plus grave, il conseille aux parents de l'amener à l'hôpital. Ce qu'ils firent. Après 8 heures d'attente, il a pu rencontrer le psychiatre qui lui a conseillé de moins s'en faire avec ses problèmes. Il est allé se suicider.

Ce sont deux exemples parmi d'autres. Deux situations vécues dans la région et qui auraient pu aussi se vivre à peu près partout ailleurs au Québec. Il y a des situations devant lesquelles nous pouvons nous sentir impuissants, d'autres pour lesquelles il est possible d'intervenir. Le phénomène du suicide est mondial et n'a cessé d'augmenter ces quarante dernières années. Il sera sans doute difficile de renverser la vapeur. Il y a aussi encore de nombreuses personnes qui mettent fin à leurs jours sans en parler à quiconque. Mais pour toutes ces personnes qui ont besoin d'aide, le réseau de la santé et des services sociaux doit leur assurer des services en qualité et en quantité telles qu'elles puissent traverser leurs moments de grande détresse sans poser ce geste irréversible.

L'heure est au bilan, tant au niveau national que régional, et l'objectif visé est de réduire le nombre de décès par suicide. Le ministère de la Santé et des Services sociaux a entrepris, en 2002, une évaluation de l'implantation de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* et il proposera bientôt un plan d'action 2003-2008. Trois ans après avoir adopté les *Orientations régionales en santé mentale*, la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec a voulu, de son côté, jeter un regard critique sur l'organisation des services offerts aux personnes suicidaires et à leurs proches. Non pas pour chercher des coupables mais pour apporter des améliorations là où des lacunes existent.

Pour la Régie régionale, le phénomène du suicide dans la région est très préoccupant. Dans le but de s'assurer que les services mis en face répondent aux besoins de la population, le conseil d'administration décidait, en juin 2002, de revoir l'ensemble des orientations régionales dans ce dossier afin de bonifier l'organisation des services. Un groupe de travail a donc été mandaté à l'automne 2002 afin de donner des avis à la Régie régionale sur les zones d'amélioration et sur les actions à privilégier dans ce dossier. Plusieurs intervenants de la région et des experts ont été entendus. Des personnes endeuillées ont témoigné de ce qu'elles et leurs proches ont vécu dans le réseau de services.

Travaux réalisés à l'automne 2002

- Mise en place d'un groupe de travail dont le mandat consistait à tracer un portrait de situation sur le phénomène du suicide, faire un bilan du continuum de services en place dans la région et formuler des recommandations quant à la consolidation et à l'amélioration des services. Le comité était consultatif à la Régie régionale et s'est réuni à six occasions entre septembre et décembre 2002.

- Collecte d'informations auprès d'une soixantaine de personnes de la région à l'intérieur de sept rencontres de style *focus group*[1]. Ces personnes ont témoigné de leur expérience, à l'intérieur de leurs organisations ou à titre de personnes endeuillées, face aux besoins des personnes suicidaires et de leur entourage et face aux services offerts. Les résultats de ces rencontres ont été présentés au groupe de travail.

- Travaux menés par des professionnels de la Régie régionale pour mettre à jour des données épidémiologiques ainsi que d'autres données sur l'utilisation des services. Résultats présentés au groupe de travail.

- Prise de connaissance des travaux menés au plan national par le ministère de la Santé et des Services sociaux et par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) dans le dossier du suicide.

Le lecteur sera à même de constater que les travaux n'ont pas remis en question les *Orientations régionales en santé mentale* dont la mise en œuvre va se poursuivre. Un regard critique a, par contre, été jeté sur l'organisation des services et a permis de dégager des forces et des lacunes qui sont présentées dans le chapitre deux du présent document. Le troisième chapitre présente les zones d'amélioration retenues par le groupe de travail, ainsi que les cibles d'action telles qu'elles ont été formulées par celui-ci.

L'étape suivante consiste à éclairer ce diagnostic en consultant les acteurs impliqués dans le réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que les partenaires du milieu de l'éducation. Leurs observations permettront d'éclairer le diagnostic présenté ici, tant au niveau du bilan qui a été fait que des pistes d'action suggérées par le groupe de travail.

[1] La liste des participants de ces groupes de discussion est présentée en Annexe 1 du présent document. Cinq questions étaient posées aux participants lors de ces rencontres d'une durée de 2 heures : Comment se présente le phénomène du suicide dans votre milieu? Quels sont les services ou les actions qui vous apparaissent les plus significatives? Quelles sont les difficultés rencontrées? Quels liens avez-vous avec les autres organismes ou établissements? Quelles sont les actions à mener dans votre milieu pour améliorer la situation?

Le document bonifié servira d'assise à la Régie régionale pour élaborer un plan d'action 2003-2006, lequel s'arrimera avec la planification stratégique triennale, ainsi qu'avec le plan d'action gouvernemental attendu au printemps 2003 dans le dossier du suicide.

Remerciements

Ce document n'aurait pas vu le jour sans la contribution de nombreuses personnes que nous tenons à remercier chaleureusement.

Merci d'abord aux personnes endeuillées qui sont venues témoigner de leur vécu et qui ont exprimé les besoins des personnes suicidaires et de leurs proches ainsi que la nécessité de procéder à une amélioration des services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux.

Merci aux membres du groupe de travail sur le suicide qui se sont impliqués tout au long de l'automne 2002 afin de bien saisir les besoins des personnes et dégager les améliorations jugées essentielles dans le continuum de services. Le groupe a fait preuve d'un intérêt indéniable pour la cause tout au long de ses travaux.

Liste des membres du groupe de travail

Monsieur Brian Dickinson	Directeur général du Centre de prévention suicide de Trois-Rivières Inc.
Monsieur Gilles Guilbault	Médecin à l'équipe de base en santé mentale CLSC Drummond
Madame Solange Guimond	Personne endeuillée de la région de Trois-Rivières
Madame Mireille Langelier	Personne endeuillée de la région de Trois-Rivières
Madame Nathalie Magnan	Psychologue à l'équipe de base en santé mentale CLSC Drummond
Madame Jocelyne Pronovost	Professeur/chercheur au département de psycho-éducation de l'Université du Québec à Trois-Rivières
Madame Line Routhier	Coordonnatrice du programme santé mentale au Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
Monsieur Michel Simard	Directeur général du Centre Le Havre de Trois-Rivières
Monsieur Michel Thomassin	Conseiller-cadre en développement professionnel aux Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Madame Paula Vachon	Coordonnatrice du Réseau prévention suicide des Bois-Francs

Participaient également aux travaux du groupe de travail, trois personnes de la Régie régionale : Monsieur Marc Lacour, directeur du Groupe Santé sociale, monsieur Serge Nadeau, professionnel au Groupe Santé publique et secrétaire du comité[2], et monsieur Serge Poulin, professionnel au Groupe Santé sociale et animateur du comité.

[2] L'implication d'un professionnel du Groupe Santé publique visait également à recueillir les préoccupations des membres du groupe de travail en ce qui concerne la promotion et la prévention, ceci en vue de mieux préparer le prochain Rapport du directeur de santé publique qui portera sur le suicide, dont la sortie est prévue en décembre 2003.

Merci aux quelque 60 personnes qui ont accepté si généreusement de participer à une collecte d'information de style *focus group* à l'automne 2002 ainsi qu'au docteur Manon Toupin, du Groupe Santé publique, qui a assuré une présence active lors de ces rencontres. Leur contribution fut fort appréciée par le groupe de travail. Merci également à Mario Richard, du Groupe Vigie et qualité des services de la Régie régionale, qui a mis à jour les données épidémiologiques sur le suicide et qui en a fait une présentation au groupe de travail.

Merci à mesdames Lorraine Deschênes et Marie Julien qui ont accepté généreusement de présenter au groupe de travail l'état d'avancement des travaux menés au plan national face à l'organisation des services et à l'évaluation des programmes de prévention du suicide.

Table des matières

AVANT-PROPOS I

La démarche régionale I
Remerciements III

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES VII

INTRODUCTION 1

CHAPITRE 1 : Un état de situation 3

1.1 Des chiffres qui en disent long 4

1.1.1 Dans le monde 4
1.1.2 Au Canada 4
1.1.3 Au Québec 5
1.1.4 Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec 6
1.1.5 Les districts sociosanitaires 8

1.2 Mieux comprendre pour mieux intervenir 9

1.3 L'organisation des services au Québec 11

1.3.1 La Stratégie québécoise d'action face au suicide 12
1.3.2 De la Politique de la santé et du bien-être au Programme national de santé publique .. 13

1.4 L'organisation des services dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec 14

1.4.1 Les Orientations régionales en santé mentale 14
1.4.2 Le cadre de référence en matière de santé publique 18

CHAPITRE 2 : Un regard critique sur les services actuels de notre région 19

2.1 La promotion / prévention 21
2.2 L'intervention en situation de crise auprès des personnes suicidaires 21
2.3 Le suivi des personnes suicidaires 25
2.4 La postvention 26
2.5 Le soutien clinique aux intervenants 27
2.6 La formation des intervenants 28
2.7 Le leadership, la coordination et la concertation 28

Principaux constats 29

CHAPITRE 3 : Zones d'amélioration et cibles d'action prioritaires 2003-2006 31

3.1 Zones d'amélioration et cibles d'actions 2003-2006 32

3.1.1 Agir davantage en amont 32
3.1.2 Assurer une intervention optimale auprès des personnes en situation de crise suicidaire 33
3.1.3 Assurer un meilleur suivi aux personnes suicidaires 34
3.1.4 Adapter les ressources d'hébergement 34
3.1.5 Favoriser la mise en réseau et la continuité des services 35
3.1.6 Améliorer les connaissances et l'expertise 36

3.2 Exercice de priorisation 36

CONCLUSION 38

ANNEXE 1 : Liste des participants aux focus groups tenus à l'automne 2002 40

ANNEXE 2 : Schéma opérationnel du modèle régional d'intervention en situation de crise 42

ANNEXE 3 : Urgence suicidaire 43

BIBLIOGRAPHIE 44

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Taux de mortalité selon l'âge et le sexe, Québec, 1997-1999 5
Tableau 2 : Taux de mortalité par suicide selon la région sociosanitaire, 1997-1999 6
Tableau 3 : Nombre de suicides selon les régions du Québec 1994-1999 7
Tableau 4 : Nombre de suicides selon les districts sociosanitaires et le sexe pour les années 1994-1998 8
Tableau 5 : Indice comparatif de mortalité selon le district sociosanitaire, le sexe et l'âge, 1994-1998 9

Liste des sigles et acronymes

AQPS :	Association québécoise pour la prévention du suicide. Nouveau nom de l'AQS depuis juin 2002
AQS :	Association québécoise de suicidologie
CPS :	Centre de prévention du suicide
CEPS :	Centre d'écoute et de prévention du suicide (Drummond)
INSPQ:	Institut national de santé publique du Québec
OMS :	Organisation mondiale de la santé
CRISE :	Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie
CLSC :	Centre local de services communautaires
CH :	Centre hospitalier
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
DPJ :	Direction de protection de la jeunesse
PSBE :	Politique de la santé et du bien-être
PNSP :	Priorités nationales de santé publique
UQTR :	Université du Québec à Trois-Rivières

Introduction

Le suicide existe depuis que l'homme est homme. À travers les différentes cultures et les différentes époques, des hommes et des femmes ont mis fin à leurs jours, volontairement. En de rares occasions, au nom d'une cause. C'est ce que l'on appelle le suicide philosophique ou suicide rationnel, commandé par la raison. Encore aujourd'hui, certains individus font la promotion du suicide au nom de la raison, de la liberté. Et certains autres, saluent ces personnes qui ont le courage, disent-ils, de mettre fin à leurs jours avant que la maladie et la déchéance physique ne les emportent.

Mais qu'en est-il vraiment? Même sous le couvert de la rationalité, les sentiments et les émotions agissent en chaque personne et parcourent des chemins forts complexes. Malgré l'évolution des connaissances, particulièrement aux plans psychologique, sociologique, médical, philosophique et éthique, la personne humaine demeure une source d'étonnement et de grand mystère. Socrate, le père de la philosophie occidentale, n'établissait-il pas cette première maxime à toute démarche de connaissance : « connais-toi toi-même »? Et Saint-Paul, l'apôtre, ne se demandait-il pas comment il pourrait juger l'autre alors qu'il ne se connaît pas lui-même?

La question de la mort volontaire nous amène au plus profond de la nature humaine. Qu'est-ce qui pousse une personne à vouloir se tuer? Pourquoi mon fils, ma fille, mon père ou ma mère, mon voisin ou mon collègue, s'est-il enlevé la vie? Des explications peuvent être avancées et, heureusement, les connaissances en la matière ne cessent d'évoluer. Nous comprenons mieux aujourd'hui les différents facteurs personnels, sociaux et environnementaux qui agissent sur la personne. Nous comprenons mieux aussi toute la complexité du phénomène, mais aussi l'impossibilité d'établir une cause précise, unique. C'est pourquoi nous parlons aujourd'hui de facteurs de risque et de vulnérabilité et, conséquemment, de facteurs de protection.

Certaines personnes sont plus fragiles et d'autres sont plus fortes et chacun traverse les épreuves de la vie avec ce qu'il est. Certains environnements familiaux et sociaux peuvent agir tantôt positivement, tantôt négativement sur les personnes. On parle ici de valeurs, de croyances, d'archétypes véhiculés, plus ou moins consciemment par la famille et la société. Les circonstances de la vie également, les gains, les échecs, les pertes peuvent amener la construction de la personnalité, mais aussi sa destruction.

La vie est une entreprise audacieuse, un dur combat auquel chacun est confronté. La mort existe, tout comme la maladie, l'échec, la méchanceté, la souffrance. La personne qui songe à mettre fin à ses jours est une personne qui souffre. Cette souffrance ne se mesure pas à l'épaisseur du portefeuille, à la réussite sociale ou à l'importance de l'égo. C'est cette souffrance, qu'elle porte au plus profond d'elle-même, que la personne suicidaire veut tuer.

Paradoxalement, personne ne veut mourir, pas même la personne qui se tue. Ce qu'elle recherche, c'est la fin de sa souffrance. C'est pourquoi nous pouvons et nous voulons intervenir auprès de la personne qui souffre. Contre sa volonté à l'occasion. Pour son bien, toujours.

C'est fort de cette croyance que le réseau de la santé et des services sociaux de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec dit non au suicide et qu'il opte pour le fait de promouvoir la vie.

Dans les pages qui suivent, nous essaierons de mieux saisir le phénomène du suicide, son ampleur au Québec et dans le monde. Nous porterons ensuite un regard critique sur l'organisation des services sociaux et de santé dans la région. Dans la dernière partie, seront

présentées les zones d'amélioration retenues par le groupe de travail ainsi que les pistes d'action telles qu'elles ont été formulées par ce dernier et qui apparaissent prioritaires à actualiser au cours des trois prochaines années. Ce qui est ainsi recherché, c'est que les personnes suicidaires, leurs proches et les personnes endeuillées puissent bénéficier des meilleurs services et que les intervenants et les organisations se sentent mieux soutenus dans leurs actions.

Ensemble, agissons pour la vie.

Chapitre 1 : Un état de situation

Chapitre 1 : Un état de situation

1.1 Des chiffres qui en disent long[3]

Le mal de vivre touche un nombre important de personnes dans le monde d'aujourd'hui. Heureusement, il ne se traduit pas toujours par une tentative de suicide et encore moins par un suicide complété. Les experts s'entendent sur le fait qu'il y aurait jusqu'à 20 fois plus de tentatives de suicide que de suicides effectifs. Bien sûr, ceci sans compter toutes les personnes qui pensent au suicide sans pour autant poser le geste. Puis, autour de toutes ces personnes qui souffrent, il y a l'entourage, des proches, des collègues, des voisins qui sont affectés par cette détresse et ce désespoir.

À la lumière des chiffres présentés ci-dessous, nous pouvons facilement imaginer toute l'ampleur du mal de vivre de nos contemporains.

1.1.1 Dans le monde

Depuis les 45 dernières années, le taux de suicide mondial aurait augmenté de 60% pour atteindre un taux de mortalité globale de 16 par 100 000 personnes. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime, en effet, qu'un million de personnes se sont enlevées la vie en l'an 2000[4].

Nous pouvons parler d'un phénomène mondial important qui se présente de manière différente d'un pays à l'autre. Une réalité, par ailleurs, qui est vécue de façon semblable : le taux de suicide est presque partout plus élevé chez les hommes que chez les femmes, dans une proportion globale de 3,5 pour 1. Historiquement, les taux de suicide étaient aussi plus élevés chez les hommes âgés (ce qui n'est pas le cas au Québec, comme nous le verrons plus loin). Ces dernières années, les taux chez les jeunes ont augmenté à un point tel que maintenant ils représentent un des groupes les plus à risque. Le suicide constitue aujourd'hui l'une des principales causes de mortalité chez les jeunes dans de nombreux pays.

1.1.2 Au Canada

Le Canada, avec un taux de suicide moyen de 13,5 par 100 000 personnes en 1996, se compare tout de même avantageusement avec le taux mondial de 16 par 100 000 personnes. Le taux canadien est légèrement plus élevé que celui de nos voisins américains (12,3 en 1993) et plus bas qu'en Allemagne (13,9 en 1993), par exemple, ou qu'en France (19,4 en 1992).

Le Canada a connu une faible augmentation de son taux de suicide depuis 1994 et celle-ci est due en grande partie à l'augmentation importante qu'a connu le Québec, seule province qui a vu son taux de suicide augmenter durant la même période. Le Québec est suivi de l'Alberta et des Prairies pour les taux de suicide les plus élevés. Sur les 3 941 personnes qui se sont suicidées au Canada en 1996, 1 418 provenaient du Québec. De façon générale, au Canada, 78,5% des suicides complétés sont le fait des hommes.

---

[3] Les données qui apparaissent dans cette section sont tirées en partie du document de travail rédigé en septembre 2002 par Yves Pepin et Mario Richard de la Régie régionale, intitulé *Le suicide dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec*.

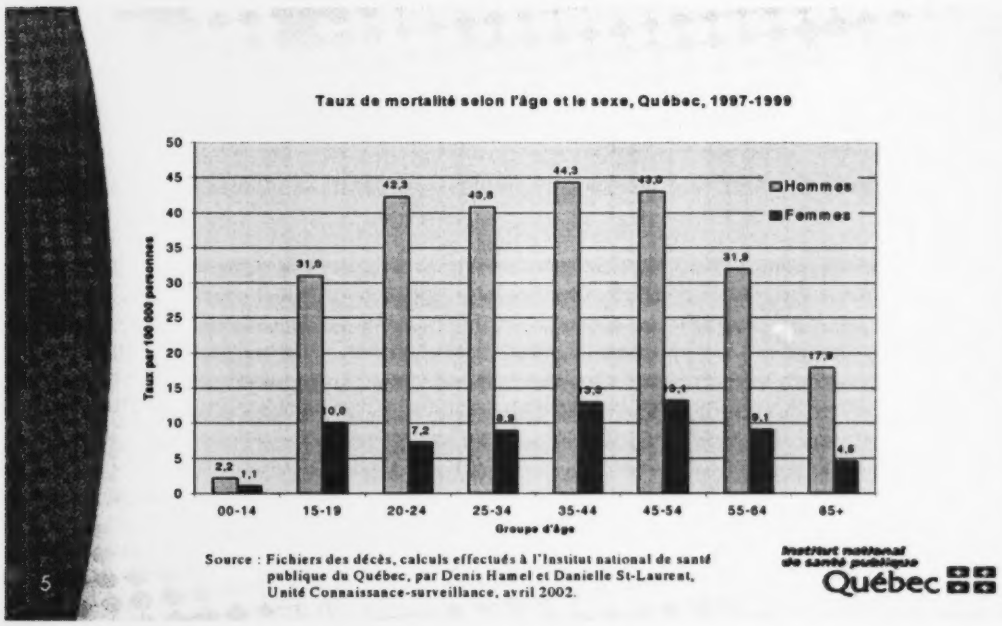
[4] Un article paru dans *La Presse* du dimanche 1er décembre 2002 indique que les chercheurs chinois estiment que 287 000 Chinois se donnent la mort chaque année. Les autorités chinoises comptent mettre sur pied une ligne téléphonique « SOS Amitié » et créer un centre de recherche et de prévention du suicide à Pékin. Un modèle, nous le verrons, qui ressemble au nôtre.

1.1.3 Au Québec

Le Québec comptait, pour les dernières années recensées, soit 1997-1999, un taux de suicide de 19,8 par 100 000 personnes. Il se situe donc au-delà du taux canadien et du taux mondial. Le taux du Québec se compare, par ailleurs, au taux de suicide que connaît la France. Quant au nombre, ce sont quelque 1 400 Québécois et Québécoises qui s'enlèvent en moyenne la vie chaque année. Ici, comme ailleurs, près de 80% de ces suicides complétés sont le fait des hommes.

Le tableau ci-dessous donne une bonne idée des taux de suicide au Québec pour les années 1997-1999 selon l'âge et le sexe.

Tableau 1 : Taux de mortalité selon l'âge et le sexe, Québec, 1997-1999



Le suicide est devenu la première cause de mortalité chez les hommes de la tranche d'âge de 15 à 39 ans avec près de 4 décès sur 10. D'un autre côté, il faut savoir que les femmes sont plus nombreuses à attenter à leurs jours. Le fait que celles-ci utilisent des moyens moins drastiques pour se suicider explique en partie cet état de fait, quoique depuis ces dernières années, on remarque l'utilisation par les femmes de moyens plus létaux. Le Québec se distingue des autres pays industrialisés par ses taux élevés de suicide chez les plus jeunes. Ailleurs, y compris aux Etats-Unis, les taux de décès par suicide croissent avec l'âge.

Aussi, l'Enquête sociale et de santé de 1998 nous apprend que près d'une personne sur 5 de 15 ans et plus, au Québec, tous âges confondus, a un indice élevé de détresse psychologique. On peut supposer que parmi celles-ci, bon nombre peuvent entrevoir le suicide comme une solution à leur mal de vivre. Puis, il y a l'entourage de ceux et celles qui ont le mal de vivre ou qui attentent à leurs jours ou encore qui complètent leur suicide. Selon l'Association québécoise pour la prévention du suicide (AQPS), chaque personne qui se suicide au Québec laisse

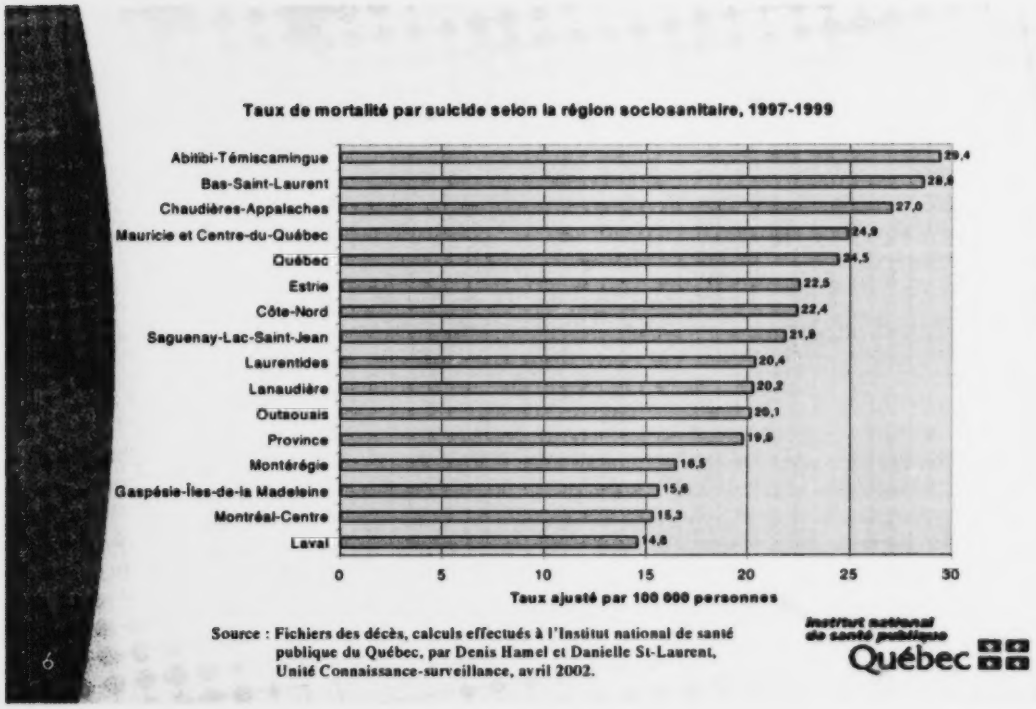
derrière elle en moyenne dix proches affectés durement par cette mort. À n'en pas douter, le phénomène du suicide touche des milliers de personnes, chaque année, au Québec.

1.1.4 Dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec

La région de la Mauricie et du Centre-du-Québec arrive au 4e rang parmi les régions sociosanitaires du Québec autant pour le nombre de suicides que pour le taux. On parle ici en moyenne de 115 suicides par année et d'un taux de 24,9 par 100 000 personnes. Nous sommes loin devant le taux québécois de 19,8, le taux canadien de 13,5 et le taux mondial de 16 par 100 00 personnes.

Le premier tableau ci-dessous présente les taux de mortalité par suicide au Québec répartis selon la région sociosanitaire, tandis que le second fait état du nombre de suicides.

Tableau 2 : Taux de mortalité par suicide selon la région sociosanitaire, 1997-1999



Source : Fichiers des décès, calculs effectués à l'Institut national de santé publique du Québec, par Denis Hamel et Danielle St-Laurent, Unité Connaissance-surveillance, avril 2002.

Institut national de santé publique Québec

Tableau 3 : Nombre de suicides selon les régions du Québec, 1994-1999

RÉGIONS DU QUÉBEC	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Bas St-Laurent	32	46	47	52	56	70
Saguenay-Lac-St-Jean	70	71	65	52	54	77
Québec	145	165	148	151	156	172
Estrie	55	77	53	77	56	65
Montréal-Centre	258	284	309	244	254	326
Outaouais	61	61	56	58	67	58
Abitibi-Témiscamingue	34	49	43	42	37	44
Côte-Nord	25	35	32	22	24	26
Nord-du-Québec	2	4	5	13	11	19
Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	7	23	27	17	12	16
Chaudière-Appalaches	88	101	116	86	107	116
Laval	64	50	68	38	32	19
Lanaudière	64	73	69	77	81	74
Laurentides	82	97	84	87	89	85
Montérégie	189	200	206	208	181	235
Mauricie, Centre-du-Québec	**112**	**103**	**119**	**108**	-	-
Mauricie	-	-	-	-	**62**	**57**
Centre-du-Québec	-	-	-	-	**51**	**68**
Ensemble du Québec	1291	1442	1463	1332	1333	1527

Source : Tiré du Rapport du coroner pour les années 1994 à 1999.

Les résultats de l'Enquête sociale et de santé de 1998, pour notre région, mettent en évidence qu'environ 4% des 15 ans et plus déclarent avoir pensé sérieusement au suicide au cours de la période de douze mois précédent l'enquête, soit environ 14 000 personnes. Plus de 2 000 personnes ont déclaré avoir posé des gestes suicidaires au cours de cette même période.

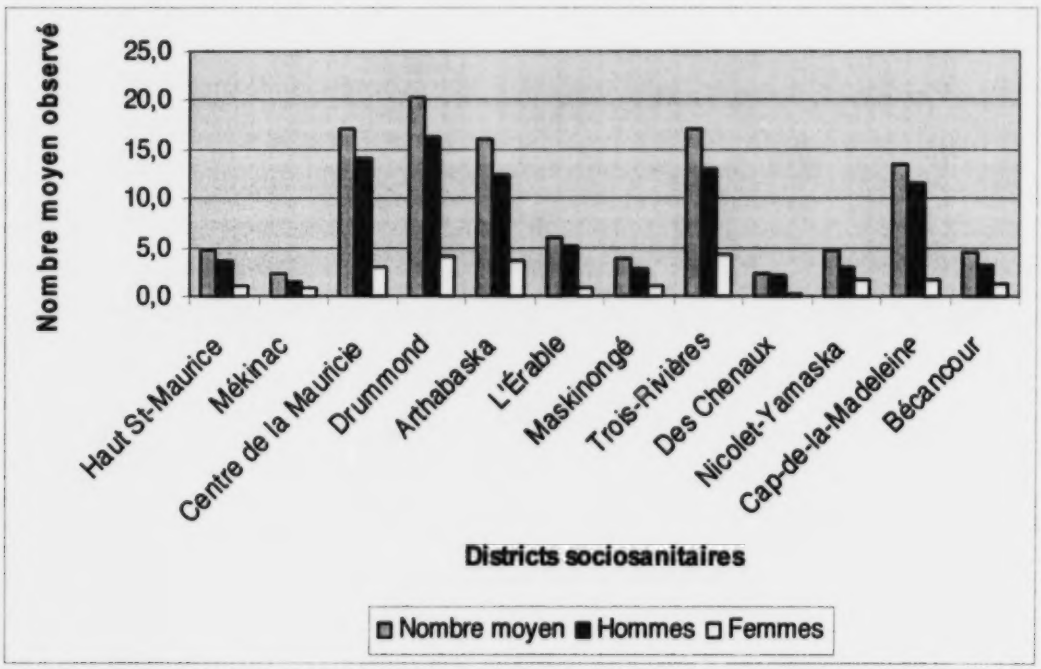
Une enquête récente menée auprès de 35 écoles secondaires publiques et privées de la Mauricie et du Centre-du-Québec[5] révèle que les adolescents ressentent une certaine détresse psychologique. Aussi, au cours de l'année précédant l'enquête, un jeune sux six (16%) a sérieusement pensé à se suicider et 7% des adolescents ont rapporté des tentatives de suicide. Plus précisément, 20% des filles et 12% des garçons ont sérieusement pensé au suicide alors que 10% des filles et 3% des garçons ont tenté de s'enlever la vie.

[5] TÉTREAULT, H. 2000. La Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, en collaboration avec les CLSC et le milieu scolaire, a mené cette enquête qui avait pour but de connaître davantage les jeunes du secondaire afin de mieux cibler les activités de prévention qui leur sont adressées. Les résultats obtenus reposent sur un échantillon de 6 556 élèves de secondaire I à V. Les jeunes, généralement âgés entre 12 et 17 ans, ont répondu de manière confidentielle à un questionnaire pendant une période de classe à l'automne 1999.

1.1.5 Les districts sociosanitaires

Voyons maintenant comment se présente la situation dans chacun des territoires qui composent la région Mauricie et Centre-du-Québec. Le tableau ci-dessous présente le nombre de suicides, tous âges confondus, selon les districts sociosanitaires et le sexe pour les années 1994-1998. Il faut, bien sûr, comprendre que les nombres risquent fort d'être plus élevés là où la population est plus nombreuse.

Tableau 4 : Nombre de suicides selon les districts sociosanitaires et le sexe pour les années 1994-1998



Pour mieux saisir cette réalité régionale, le tableau suivant présente l'indice comparatif de mortalité (ICM)[6] par district sociosanitaire selon les groupes d'âge. À la lecture de ce tableau, on constate que cet indice, pour tous les âges confondus, est, par comparaison au Québec, statistiquement plus élevé dans la région de la Mauricie (1,20) et du Centre-du-Québec (1,27).

[6] Tableau produit par Mario Richard et Yves Pepin du Groupe Vigie et qualité des services à la Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec. L'ICM est le ratio entre le taux de mortalité standardisé (ici pour cause de suicide) selon l'âge dans une région donnée et le taux de mortalité pour l'ensemble du Québec. Les régions où l'ICM est inférieur à 1 ont un taux de mortalité inférieur à la moyenne québécoise. Si l'ICM est supérieur à 1, le taux de mortalité pour cause de suicide dans la région est plus élevé que dans le reste du Québec.

Aussi, on constate que ce sont les hommes qui contribuent le plus à cette surmortalité, quoique, pour certains districts, les taux de mortalité par suicide sont plus élevés chez les femmes[7].

Tableau 5 : Indice comparatif de mortalité selon le district sociosanitaire, le sexe et l'âge, 1994-1998

(Région 04/Québec)

Territoire	ICM Tous les âges confondus			ICM 15-24 ans			ICM 25-44 ans			ICM 45-64
	H	F	Total	H	F	Total	H	F	Total	Total
Québec	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Région M-C-Q	**1,24**[8]	1,20	**1,23**	1,13	1,08	1,12	**1,39**	**1,43**	**1,40**	1,16
Mauricie	**1,23**	1,09	**1,20**	1,11	0,73	1,04	**1,36**	1,33	**1,35**	1,22
Haut St-Maurice	1,47	1,59	1,49	1,86	2,35	1,94	1,66	3,07	**1,94**	0,89
Mékinac	0,77	1,49	0,92	0,00	2,97	0,51	1,00	1,95	1,20	1,25
Des Chenaux	1,17	0,42	1,02	1,97	0,00	1,66	1,54	1,03	1,44	0,38
Centre-de-la-Mauricie	**1,41**	1,07	**1,33**	1,27	0,00	1,05	1,27	1,61	**1,34**	**1,66**
Trois-Rivières	1,06	1,19	1,08	1,07	1,32	1,11	0,94	0,83	0,92	1,28
Cap-de-la-Madeleine	**1,58**	0,88	**1,43**	1,12	0,00	0,93	**2,23**	1,37	**2,05**	1,06
Maskinongé	0,75	1,03	0,81	0,37	0,00	0,31	1,14	1,02	1,11	0,72
Centre-du-Québec	**1,25**	**1,34**	**1,27**	1,14	1,48	1,20	**1,42**	**1,56**	**1,45**	1,09
Drummond	**1,28**	1,18	**1,26**	1,02	1,20	1,05	**1,43**	1,73	**1,49**	1,32
Arthabaska	**1,32**	1,45	**1,35**	1,54	2,79	**1,74**	1,45	1,38	**1,44**	1,02
L'Érable	1,44	0,81	1,30	0,92	0,00	0,76	1,70	1,03	1,57	1,20
Bécancour	1,10	1,62	1,21	1,17	0,00	0,97	1,69	1,34	1,62	0,48
Nicolet-Yamaska	0,85	1,95	1,08	0,66	1,71	0,83	0,80	2,19	1,07	0,83

Source : Fichier des décès

1.2 Mieux comprendre pour mieux intervenir

Au-delà des chiffres et des mots, on trouve des personnes et des maux. Des personnes qui sont mal dans leur peau et qui veulent que leur souffrance cesse. Comment expliquer que toutes ces personnes mettent ainsi volontairement fin à leurs jours? Pourquoi tant de jeunes dont l'avenir semble prometteur posent-ils ce geste irréversible? Qu'ont les hommes à se tuer en si grand nombre? Tant de questions et si peu de réponses.

Le suicide est un phénomène complexe qui ne souffre pas d'une seule explication, d'une seule cause. Si c'était le cas, la solution aurait sans doute été trouvée depuis le temps que les experts du Québec et d'ailleurs s'intéressent au phénomène.

Nous comprenons mieux aujourd'hui le processus suicidaire. Devant les problèmes qu'elle vit, toute personne envisage un ensemble de solutions pour y remédier. C'est à ce moment que, pour certaines personnes, apparaissent des « flash » ou idéations suicidaires. Ici, l'idée du

[7] Nous n'avons pas reproduit ici les données pour le groupe d'âge des 65 ans et plus, puisqu'aucun écart significatif pour la région ou les territoires n'a été relevé. Les mortalités enregistrées dans le territoire du Haut St-Maurice incluent les personnes Atikamek vivant à Wemotaci, Opitciwan et hors réserves.

[8] Les chiffres en gras indiquent que la différence entre le district et le Québec est statistiquement significatif.

suicide n'est pas encore formée, ni formulée. Ça se présente davantage comme une image, comme une envie, ou une peur même, de se jeter en bas du pont ou devant une auto, par exemple. Puis, les problèmes persistent et la liste des solutions possibles s'amincit. Le suicide apparaît alors comme une solution parmi d'autres. Graduellement, toutes les avenues disparaissent et l'idée du suicide occupe toute la place. Il y a ce qu'on nomme habituellement rumination de l'idée de suicide. Puis, le désespoir s'installe, l'idée se cristallise. C'est alors que le plan se précise : où, quand et comment. Puis, pour certaines personnes, c'est le passage à l'acte.

Toutes les personnes qui posent un geste suicidaire traversent ce processus suicidaire. Bien sûr, ce n'est pas parce qu'une personne a des idéations suicidaires qu'elle va nécessairement passer à l'acte. Mais, à l'inverse, une personne qui passe à l'acte a nécessairement vécu les phases précédentes du processus. Pour certains, les jeunes en particulier, le geste peut être plus impulsif. Ainsi, le délai entre les premières idéations suicidaires et la tentative de suicide peut être très court, dans les 24 heures. D'autres personnes vont entretenir des idées suicidaires pendant des années, avec ou non, passage à l'acte. Tout au long de ce processus, la personne demeure ambivalente car, nous l'avons vu, elle ne veut pas mourir, elle veut arrêter de souffrir. C'est pourquoi les intervenants en suicidologie croient fermement qu'il est toujours possible d'intervenir auprès de la personne, à tout moment du processus, pour lui faire envisager d'autres solutions à ses problèmes, pour diminuer sa souffrance.

Que pouvons-nous faire? Comment doit-on intervenir auprès d'une personne suicidaire? Comment créer l'espoir chez elle afin qu'elle apprenne à vivre aussi ses peines et ses deuils, qu'elle puisse les affronter et les traverser? L'espoir qu'il y a d'autres solutions que le suicide.

L'évaluation de l'urgence suicidaire va déterminer la manière d'intervenir auprès de la personne suicidaire[9]. Plus l'urgence sera élevée, plus l'intervention s'inscrira dans une démarche à court terme visant à désamorcer la crise. Pour être en mesure d'évaluer l'urgence d'intervenir, il faut oser. Oser demander clairement à la personne si elle pense au suicide. Oser entendre la réponse malgré notre inconfort. L'écoute active et vraie sera la porte d'entrée permettant de toucher le cœur de la personne et de mieux saisir ce qui l'habite afin de la référer, au besoin, aux bonnes ressources.

Elles sont nombreuses, au Québec, les personnes qui s'intéressent à la problématique du suicide et qui cherchent tantôt à mieux saisir ce qui caractérise ce phénomène, tantôt à développer des programmes spécifiques ou à améliorer ceux déjà connus. Plusieurs chercheurs sont regroupés au sein du CRISE, le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie. D'autres sont attachés au Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H Lafontaine D'autres travaillent au sein de différents établissements ou organismes, particulièrement du réseau de la santé et des services sociaux ou encore d'instituts universitaires[10].

Ces chercheurs proviennent de différents horizons et portent leurs préoccupations et l'expertise de leur discipline. Ils sont du domaine de la psychologie ou du travail social, du milieu médical et de la psychiatrie. Ils sont aussi sociologues, philosophes, éthiciens et épidémiologistes. Ils travaillent, pour certains, auprès de clientèles spécifiques, tels les jeunes, les personnes âgées, les hommes, etc. Une expertise s'est développée également au sein de centres de prévention

[9] En annexe 3, on retrouve l'évaluation de l'urgence suicidaire, telle que présentée par l'Association québécoise pour la prévention du suicide.

[10] Dans la région, trois chercheurs oeuvrant à l'Université du Québec à Trois-Rivières sont particulièrement actifs au niveau de cette problématique; Marc Daigle, Réal Labelle et Jocelyne Pronovost, et sont reconnus au Québec et hors Québec.

du suicide qui ont su développer des approches novatrices dans un domaine qu'ils connaissent bien. Ces différentes approches convergent à certains moments, mais divergent aussi à l'occasion.

On connaît mieux aujourd'hui les groupes qui sont plus à risque de suicide. On comprend davantage la trajectoire de demande d'aide des hommes et les difficultés du réseau à adapter ses services à la réalité masculine. On comprend que pour bon nombre de Québécois et de Québécoises, le suicide est devenu en quelque sorte une option[11] parmi d'autres. Certains chercheurs parlent aujourd'hui d'une certaine tolérance envers le suicide et d'une banalisation. On a pratiqué des autopsies psychologiques pour mieux comprendre les caractéristiques des personnes qui ont complété leur suicide. On travaille à évaluer, à améliorer et à développer nombre de programmes de promotion/prévention, d'intervention et de postvention[12].

La conjugaison de tous ces efforts poussent toujours plus loin les frontières de la connaissance et nous permettent de mieux cibler les actions. Malgré cela, nous ne parviendrons jamais à comprendre complètement tout ce qui a agi dans et sur une personne pour qu'elle pose ce geste irréversible. Néanmoins, le réseau de services doit demeurer vigilant et il doit s'adapter à l'évolution des pratiques jugées les plus efficaces.

Voyons maintenant comment a été pensé ces dernières années l'organisation des services aux niveaux national et régional.

1.3 L'organisation des services au Québec

Devant l'ampleur du phénomène du suicide au Québec, différentes initiatives ont vu le jour depuis un peu plus de vingt ans dans le réseau de la santé et des services sociaux. Le milieu communautaire a été particulièrement actif avec l'émergence, dans presque toutes les régions du Québec, de plusieurs centres de prévention du suicide, le premier ayant vu le jour à Québec en 1978 à partir du modèle californien. L'intervention téléphonique, le plus souvent assumée par des personnes bénévoles, ainsi que différentes activités de sensibilisation et de prévention, étaient alors les principaux services offerts par ces organismes communautaires.

Différents services étaient également offerts par des établissements publics. Les centres hospitaliers traitaient les personnes suicidaires. Des intervenants sociaux travaillant en CLSC ou dans d'autres milieux, ont également su adapter leurs pratiques aux caractéristiques particulières que présentent les personnes suicidaires. Mais au Québec, avant 1998, le réseau n'avait pas une vision ordonnée du continuum de services spécifiques à mettre en place pour venir en aide aux personnes suicidaires, à leur entourage et aux personnes endeuillées par le suicide d'un proche.

---

[11] Le docteur Mounir Samy, psychiatre et pédopsychiatre, a été l'un des premiers à démontrer comment au Québec, le suicide « est la résultante de deux facteurs contingents : premièrement une souffrance bien spécifique, et deuxièmement le contexte de l'option suicide. La souffrance est une question de nature personnelle, alors que l'option suicide est une question culturelle et sociale. En l'absence de l'option suicide, celui-ci resterait un phénomène individuel rattaché à des circonstances exceptionnelles et non un phénomène social avec l'ampleur que nous lui connaissons au Québec depuis les 20 dernières années ». Conférence d'ouverture du colloque de l'AQS de juin 1998 à Rivière-du-Loup.

[12] Par postvention, on entend habituellement les interventions individuelles, familiales ou collectives faites auprès des personnes en deuil suite à un suicide ou une tentative grave de suicide.

1.3.1 *La Stratégie québécoise d'action face au suicide*

En février 1998, le ministère de la Santé et des Services sociaux déposait la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* qui est venue orienter et consolider l'organisation des services. L'objectif visé était alors de stabiliser, voir réduire, le taux de suicide. La Stratégie documente l'ampleur du phénomène et fait état également de sa grande complexité. Elle vise à établir, pour une première fois au Québec, des axes d'intervention coordonnés entre les différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux.

Il peut être utile de rappeler que cette stratégie québécoise s'appuie sur trois principes liés à l'action :

- Valoriser le sens de la vie en s'appuyant sur les solidarités et les responsabilités : « Revaloriser le rôle des parents, des amis, des proches et des institutions de la communauté d'appartenance ».

- Reconnaître que l'individu et la société ont certaines compétences pour faire face à la problématique du suicide et le potentiel pour en développer de nouvelles : « Il faut multiplier les actions de sensibilisation auprès de la population et des sentinelles » (les sentinelles étant des personnes ciblées qui peuvent jouer un rôle de prévention dans leur milieu).

- Miser sur les intervenants et les services existants : « Il s'agit de favoriser le maillage entre les différents acteurs du secteur communautaire et institutionnel ».

Voyons, brièvement, les sept objectifs visés par la Stratégie québécoise.

Assurer et consolider la gamme essentielle de services et briser l'isolement des événements

Les trois volets de service identifiés dans la gamme essentielle sont : l'accessibilité téléphonique 24/7, l'intervention face à face auprès des personnes suicidaires et, enfin, les services de postvention, c'est-à-dire d'intervention auprès de l'entourage suite à un suicide.

Améliorer les compétences professionnelles

La stratégie vise à assurer une meilleure formation aux médecins généralistes sur le diagnostic des troubles dépressifs, les troubles d'adaptation et les stratégies de traitement. Elle veut également assurer une formation adéquate aux intervenants de première ligne sur les interventions auprès des personnes suicidaires, de leur entourage et des gens endeuillés par suicide.

Intervenir auprès des groupes à risque

L'idée ici est de développer et d'évaluer des programmes de prévention et des activités d'intervention efficaces auprès des groupes les plus à risque de suicide et de tentative de suicide. Les groupes alors ciblés sont principalement les hommes, les femmes à risque de tentative de suicide (les jeunes filles âgées de 14 à 19 ans présentant plusieurs facteurs de risque) et les personnes ayant fait plusieurs tentatives de suicide. Le

ministère finança, dans le cadre du lancement de la stratégie, 17 projets pilote à travers le Québec dont les résultats ont été rendus publics à partir de l'automne 2002.

Favoriser les interventions en promotion/prévention auprès des jeunes

Le but principal recherché est de s'assurer d'une programmation en milieu scolaire visant le renforcement des aptitudes personnelles et sociales des jeunes et préconisant un environnement favorable à l'adoption de saines habitudes de vie.

Réduire l'accès et minimiser les risques associés aux moyens

En misant sur le contrôle des moyens de s'enlever la vie, on peut réduire le nombre de suicides. On vise ici le contrôle des armes à feu et des médicaments non utilisés ainsi qu'à apporter des modifications aux normes de fabrication automobile pour réduire les décès causés par le monoxyde de carbone.

Contrer la banalisation et la dramatisation du suicide en développant le sens de la solidarité et des responsabilités

Les actions ciblées dans le document ministériel touchent principalement le traitement de l'information par les médias et la sensibilisation auprès d'associations et d'organismes regroupant les auteurs, les artistes, les dramaturges et les publicitaires.

Intensifier et diversifier la recherche

L'action ciblée vise à ce que le ministère fasse des représentations auprès des organismes subventionnaires et des régies régionales pour s'assurer du financement de la recherche sur le suicide.

Les énergies et les investissements dans l'ensemble du territoire québécois ont été mis ces dernières années à consolider le premier objectif, soit la gamme essentielle de services, telle que définie dans la Stratégie québécoise. Il s'agit particulièrement de la consolidation de deux volets de cette gamme essentielle, soit la ligne d'intervention téléphonique 24/7 et les services de postvention (intervention post-traumatique, intervention auprès des endeuillés et mise en place de protocoles de postvention). Les investissements supplémentaires ont été principalement orientés vers les centres de prévention du suicide qui ont vu leur financement augmenter dans l'ensemble du territoire québécois.

1.3.2 De la Politique de la santé et du bien-être au Programme national de santé publique[13]

Depuis le début des années 1990, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec se préoccupe davantage de la problématique du suicide. La publication de plusieurs ouvrages, dont la Politique de la santé et du bien-être (PSBE) parue en 1992 et les *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002,* en font foi. Plusieurs actions ont été mises en oeuvre que ce soit en promotion/prévention, en organisation de services cliniques, en postvention et en recherche afin de connaître davantage les facteurs de risque et de protection ainsi que les actions les plus prometteuses pour agir auprès des différents groupes cibles.

[13] Ce texte a été rédigé par Manon Toupin du Groupe Santé publique de la Régie régionale de la Mauricie et du Centre du Québec.

Il existe actuellement une volonté d'agir pour contrer le suicide au Québec, à l'heure des constats de l'évaluation de la PSBE jusqu'à la *Stratégie d'action face au suicide*. Force est de constater que, malgré les efforts et les budgets investis, le taux de suicide est toujours très élevé dans la société québécoise de même que la détresse psychologique tant chez les jeunes que chez les adultes.

Le Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP), rendu public en janvier 2003, définit des objectifs et des actions de santé publique à maintenir, à consolider ou à développer afin d'améliorer la santé physique et psychosociale de la population. L'approche de santé publique vise particulièrement l'action précoce, c'est-à-dire avant l'apparition des problèmes de santé et de bien-être. Dans la problématique du suicide, plusieurs actions ciblées à l'intérieur du PNSP sont dirigées en amont, soit auprès des enfants et des jeunes, afin de développer des habiletés personnelles et sociales, des compétences et des comportements favorables à la santé et au bien-être, de même qu'auprès des milieux où ils grandissent ou encore par la réduction des inégalités sociales face à la santé.

Directement sur le suicide, le PNSP vise à réduire le nombre de suicides et de tentatives. Il propose une «intervention globale au regard de la prévention du suicide par la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives, l'organisation d'activités de sensibilisation aux risques que représentent les armes à feu gardées à la maison et aux médicaments ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès, l'établissement des réseaux de sentinelles, la concertation avec les partenaires du réseau et ceux des autres secteurs afin de faire diminuer la tolérance par rapport au suicide et la banalisation de ce problème»[14].

Au printemps 2003, l'Institut national de santé publique du Québec déposera un avis scientifique sur les interventions prometteuses pouvant prévenir le suicide chez les jeunes. Déjà quelques pistes d'actions se dégagent de la littérature, telles que de travailler sur les déterminants de la santé, d'aider les parents, d'aider les jeunes (ex. : la campagne du MSSS « Parler c'est grandir ») et de développer des milieux sains et sécuritaires (école, parc, aréna, etc.), de mieux former les médecins, d'investir dans des programmes multimodaux (exemple : DADE dans l'État de la Floride) et ceux favorisant la promotion des habiletés d'adaptation (*coping*)[15].

1.4 *L'organisation des services dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec*

1.4.1 *Les Orientations régionales en santé mentale*

La Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec adoptait, en novembre 1999, ses *Orientations régionales en santé mentale*. Le chapitre six est entièrement consacré au suicide, tandis que le chapitre deux de ces orientations présente l'organisation des services en situation de crise incluant, bien sûr, la crise suicidaire. Regardons-y de plus près afin de bien saisir comment la région a voulu s'organiser.

---

[14] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002, p. 44.

[15] Présentation de madame Marie Julien de l'Institut national de santé publique du Québec, responsable de la production de l'avis scientifique, lors de la deuxième rencontre du Groupe de travail sur la prévention du suicide à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, tenue le 16 octobre 2002.

Chapitre 6 : Clientèle suicidaire

Les cinq objectifs retenus dans ce chapitre visaient, en fait, à mettre en place dans notre région la *Stratégie québécoise d'action face au suicide* qui venait d'être adoptée. Les objectifs sont décrits ci-dessous.

Assurer un leadership régional pour l'application de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*

Le leadership régional est alors assumé par la Régie régionale afin d'assurer la complémentarité, la cohérence et la continuité des services dans la région.

Rendre disponible sur chacun des territoires la gamme essentielle de services

Aux services d'intervention téléphonique 24/7, d'intervention de prise en charge et de postvention identifiés sur le plan national, un volet de promotion et de prévention était ajouté pour notre région. Ici, comme presque partout ailleurs au Québec, l'intervention téléhonique et les services de postvention étaient principalement confiés aux centres de prévention du suicide[16] tandis que la responsabilité de l'intervention de prise en charge et la promotion/prévention est confiée principalement aux CLSC.

Assurer un soutien clinique aux intervenants et aux professionnels des territoires

Les centres de prévention du suicide se voyaient confier le mandat d'offrir un soutien clinique en tout temps aux intervenants et aux professionnels des territoires.

Former les intervenants et les professionnels sur l'intervention auprès des personnes suicidaires, de leur entourage et des personnes endeuillées par suicide

Le mandat de développer des programmes de formation adaptés aux besoins des intervenants et des professionnels était confié aux centres de prévention du suicide qui devaient mettre à la disposition des organismes et des établissements des formateurs accrédités[17]. La Régie régionale verrait, quant à elle, à collaborer avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le ministère pour l'organisation de la formation des médecins omnipraticiens.

Réduire l'accès aux moyens utilisés pour mettre fin à ses jours et minimiser les risques qui y sont associés

La Régie régionale reconnaissait, à l'instar du ministère, que des mesures préventives associées aux moyens utilisés pour mettre fin à ses jours se sont révélées des expériences positives en matière de prévention du suicide. La Régie régionale se chargeait de promouvoir et de voir à l'implantation d'actions en ce sens.

---

[16] La région compte cinq centres de prévention du suicide dont la majorité ont vu le jour au milieu des années 1980. Nous retrouvons le Centre d'écoute et de prévention suicide Drummond, le Réseau de prévention suicide des Bois-Francs, le Centre prévention suicide de Trois-Rivières, le Centre prévention suicide Centre-Mauricie, Mékinac et le Centre de prévention suicide du Haut St-Maurice. Une entente lie le quant à l'intervention téléphonique qui est assumée le jour par chacun des organismes et qui est régionalisée le soir et la nuit au CPS de Trois-Rivières.

[17] L'Association québécoise pour la prévention du suicide (AQPS), connue avant juin 2002 sous le nom de l'Association québécoise de suicidologie (AQS), dont sont membres les centres de prévention du suicide, a fait accréditer une formation en intervention auprès des personnes suicidaires et a établit un processus rigoureux d'accréditation de formateurs.

Chapitre 2 : Modèle régional d'intervention en situation de crise

Voyons de plus près comment est organisée la réponse régionale d'intervention en situation de crise[18].

- L'intervention téléphonique

  Ce service est offert dans chacun des CLSC, selon ses heures d'ouverture, et est régionalisé en dehors de ces heures à la centrale Info-Social. L'intervention téléphonique clinique est effectuée par un intervenant social. Des liens de collaboration doivent alors être établis avec les centres de prévention du suicide qui offrent une ligne spécifique aux personnes suicidaires.

- L'intervention immédiate dans le milieu

  Les CLSC assurent dans chacun de leur territoire une disponibilité 24/7 pour intervenir immédiatement sur les lieux où se vit une situation de crise, lorsque la situation l'exige. Le milieu est défini dans son sens large et peut inclure la salle d'urgence d'un centre hospitalier, les locaux d'un autre organisme ou tout autre lieu[19].

- Le suivi à court terme

  Lorsque l'urgence de la situation ne nécessite pas une intervention immédiate et peut attendre un délai de 24 heures, chaque CLSC offre un suivi à court terme qui comprend l'évaluation, le suivi de crise (de 4 à 6 semaines), la référence et la relance.

- L'hébergement à court terme ou de dépannage

  Ces services d'hébergement doivent être privilégiés à l'hospitalisation et adaptés aux besoins spécifiques des femmes. Dans la région, cinq organismes communautaires gèrent une ressource d'hébergement de dépannage et à court terme et se voient confier la responsabilité d'offrir les services d'hébergement à la clientèle vivant une situation de crise ne nécessitant pas une hospitalisation[20].

- L'urgence et l'évaluation psychiatrique

  Ces services sont offerts par les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS)[21] ainsi que par les équipes de base formées à cette fin. Les CHSGS doivent rendre disponible, à l'urgence, un environnement adapté et sécuritaire pour les personnes en situation de crise et mettre en place un mécanisme efficace d'évaluation psychiatrique préalable à l'hospitalisation.

---

[18] En annexe 2, le lecteur trouvera le schéma organisationnel du modèle régional d'intervention en situation de crise, tel qu'il apparaît à la page 36 des *Orientations régionales en santé mentale*.

[19] Ce service, rattaché à l'Info-Social, a vu officiellement le jour à partir de l'été 2001. La plupart des CLSC de la région ont aussi développé une équipe de base en santé mentale qui vient appuyer les services psychosociaux courants afin d'assurer le suivi à court terme auprès de ces clientèles particulières.

[20] Ces ressources sont l'Ensoleilvent de Drummondville, La Maison Le Réverbère de Victoriaville, la Chysalide du secteur Bécancour-Nicolet, le Centre Le Havre de Trois-Rivières et le Hamac de Shawinigan.

[21] Les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région sont l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville, L'Hôtel-Dieu d'Arthabaska, le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières, le Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie. Le Centre de santé et des services sociaux de la Saint-Maurice offre également un service d'hospitalisation de courte durée en santé mentale.

- L'hospitalisation de courte durée

  Ces services sont offerts par les CHSGS qui sont invités à établir des liens de cohérence et de continuité avec les autres services d'intervention en situation de crise.

Voici ce qui complète cette courte présentation du chapitre touchant le modèle régional d'intervention en situation de crise. Il faut savoir aussi que les orientations régionales prévoyaient la mise en place d'une équipe de base en santé mentale dans chacun des CLSC de la région. Le mandat de ces équipes est, entre autres, d'offrir des services de suivi dans la communauté auprès de personnes ayant des troubles mentaux graves mais stabilisés et auprès des personnes vivant des troubles transitoires. Les intervenants de ces équipes sont donc tout désignés pour compléter les services courants et offrir l'intervention psychosociale et médicale aux personnes suicidaires.

Quant aux services de crise touchant la clientèle des jeunes de moins de 18 ans, ils sont organisés un peu différemment, soit dans le respect de la Loi de la protection de la jeunesse. Les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec jouent un rôle majeur auprès de cette clientèle en opérant la ligne d'urgence sociale 24/7, en intervenant dans les milieux et en gérant tout le réseau des familles d'accueil et des centres de réadaptation : Pavillon Bourgeois à Trois-Rivières et Pavillon Laforest à Drummondville. Les services pédopsychiatriques sont, quant à eux, assurés par les CHSGS. Enfin, il faut savoir que les intervenants jeunesse présents dans les CLSC et les milieux scolaires sont régulièrement interpellés par des jeunes en difficulté.

Les Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec sont à mettre en place le *protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse* mis de l'avant récemment par l'Association des Centres jeunesse du Québec[22].

Ce protocole établit trois niveaux d'intervention auprès des jeunes connus par les centres jeunesse. Un premier niveau d'intervention est assumé par les intervenants des centres jeunesse qui sont en contact direct avec les jeunes et qui dépistent les tendances suicidaires[23]. Au second niveau, on retrouve une équipe de professionnels qui assurent un soutien multidisciplinaire. La particularité ici, et la difficulté également, c'est qu'un médecin doit faire partie de cette équipe. Au troisième niveau, on retrouve les professionnels d'un service de psychiatrie ou de pédopsychiatrie prêts à évaluer et à collaborer au traitement des jeunes les plus à risque de suicide. Il est intéressant de savoir que les pédopsychiatres du Québec ont adopté récemment une position clinique dans le dossier du suicide[24]. Pour eux, il faut sérieusement considérer que le jeune suicidaire peut souffrir d'un trouble mental et ils privilégient le dépistage des maladies mentales afin de prévenir le suicide.

---

[22] Ce protocole est le résultat de travaux menés en 1999-2000 avec l'Association des hôpitaux du Québec, le Collège des médecins du Québec et l'Association des CLSC et des CHSLD du Québec. Il vise, entre autres, à arrimer les services psychosociaux et les services médicaux pour les jeunes qui sont à risque suicidaire élevé.

[23] Des recherches menées par madame Jocelyne Pronovost de l'UQTR démontrent que plus des deux tiers des jeunes hébergés en centre de réadaptation présentent un risque suicidaire de modéré à élevé. Pour 31% des ces adolescents, le premier événement suicidaire est survenu avant l'âge de 12 ans.

[24] Le lecteur peut prendre connaissance de la position clinique des pédopsychiatres du Québec sur la prévention, l'évaluation et l'intervention auprès des enfants et des adolescents présentant des comportements suicidaires, laquelle est diffusée dans la revue *Le médecin du Québec* en mai 2002.

1.4.2 *Le cadre de référence en matière de santé publique*[25]

En mars 2002, la Direction de santé publique rendait public le cadre de référence en matière de santé publique. Ce document s'avère important pour la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, puisqu'il servira d'intrant lors de l'élaboration du plan d'action régional et des plans d'action locaux de santé publique. Dans ce cadre de référence, le concept *Des communautés en santé* met autant l'emphase sur les personnes que sur les milieux de vie. De même, il évoque une vision élargie de la santé publique, qui sous-tend que l'environnement physique, économique, social et politique exercent un rôle majeur sur la santé et le bien-être des individus au sein d'une communauté.

À titre d'exemple, cela se traduit par une préoccupation constante à diminuer les facteurs de risque associés à la pauvreté qui entravent le développement et l'avenir des enfants. À améliorer la santé physique et mentale des adultes et à se préoccuper de la qualité de vie des aînés par le biais d'une gamme de services en promotion/prévention. Tous les secteurs de la société sont alors conviés à contribuer pour améliorer l'état de santé de la population : municipalité, école, usine, CLSC, organisme communautaire, etc. Quant à la façon d'intervenir auprès des personnes en situation de vulnérabilité, le programme « Naître égaux – Grandir en santé » pourrait devenir un modèle intéressant à suivre, car les interventions préventives se déroulent sur une base continue, sont intenses et agissent sur plus d'un facteur de risque.

Bien que le cadre de référence n'a pas été spécifiquement élaboré en fonction de la problématique du suicide, ce dernier s'attarde quand même à suggérer des principes qui faciliteront l'implantation de programmes en promotion de la santé et de services préventifs dans ce domaine. Parmi ces principes, se dégage le fait d'agir le plus possible en amont des problèmes, c'est-à-dire de recourir à des activités préventives avant que n'apparaissent la détresse psychologique et les idéations suicidaires. Certaines de ces actions cherchent à renforcer le potentiel des personnes. À titre d'exemples, mentionnons le développement d'habiletés sociales (le *coping*), la résolution de problèmes, le développement de la capacité de résilience des jeunes ou bien la façon de permettre aux garçons et aux hommes d'exprimer convenablement leurs émotions sans recourir à des moyens exutoires et inappropriés tels que la délinquance, la violence, la toxicomanie et le suicide. D'autres actions se rapportent au développement de milieux sains et sécuritaires qui, entre autres, en contribuant à mieux soutenir les adultes dans leurs rôles d'enseignants dans le cadre du concept « École en santé », contribuent également à améliorer l'écoute, le dialogue et l'estime de soi des jeunes. Enfin, d'autres actions interviennent directement du côté de l'organisation des services de santé. Pensons entre autres à certaines pratiques médicales préventives qui aident à détecter précocement les signes de la dépression chez une personne. Ainsi, la mise en place de diverses activités en promotion/prévention contribue à l'émergence d'*une communauté en santé* !

[25] Ce texte a été rédigé par Serge Nadeau du Groupe Santé publique de la Régie régionale de la Mauricie et du Centre du Québec.

Chapitre 2 : Un regard critique sur les services actuels de notre région

Chapitre 2 : Un regard critique sur les services actuels de notre région

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a entrepris au début de l'année 2002 l'évaluation de l'implantation de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*. Le but de l'exercice en cours est de déterminer les adaptations requises à la Stratégie d'action, afin de procéder à son amélioration, tant par rapport à ses moyens d'action qu'à leur implantation, et ce, en tenant compte de l'expérience acquise lors de sa mise en place dans toutes les régions du Québec. Les résultats de cette démarche vont se traduire par un plan d'action gouvernemental qui devrait être rendu public dans les premiers mois de l'année 2003.

Dans la région, il s'avère que notre système a aussi besoin d'être revu et amélioré. La Régie régionale a donc jeté un regard critique sur son organisation de services, avec la collaboration des personnes et des organisations impliquées, afin de bien saisir comment les choses se vivaient dans la réalité, trois ans après l'adoption des orientations régionales.

Les informations recueillies auprès de personnes reconnues pour leur expertise dans le domaine du suicide tant au national qu'au régional, les témoignages des différents intervenants à l'intérieur des *focus groups*, les données, quoique partielles, sur la fréquentation des services ainsi que les discussions menées au groupe de travail permettent de mieux saisir les forces et les lacunes de notre organisation de services régionale.

Voici donc les principaux constats qui ressortent suite aux travaux menés à l'automne 2002. À partir de ces constats, des zones d'amélioration ont été identifiées et des actions ont été ciblées comme prioritaires par le groupe de travail.

2.1 La promotion/prévention

Des programmes offerts avant même qu'apparaissent des signes de détresse, d'autres qui s'adressent à des groupes ciblés à risque de suicide et des activités pouvant prévenir le suicide, et, enfin, des activités visant à sensibiliser la population à la problématique du suicide.

Les points forts	Les lacunes
• plusieurs programmes existants s'adressent aux jeunes pour agir en amont, sur l'estime de soi, la résolution de problèmes, la communication[26]; • le futur rapport du directeur de santé publique de notre région va s'arrimer avec le *Programme national de santé publique* pour cibler des actions prioritaires; • le plan d'action régional et les plans d'action locaux de santé publique retiendront les actions jugées pertinentes pour prévenir le suicide chez les jeunes; • les CPS sont actifs sur leur territoire, particulièrement en ce qui à trait aux activités de sensibilisation; • certaines activités préventives sont menées, par les CPS, auprès des groupes à risque de suicide.	• pas de coordination régionale ni de liens formels entre les 5 CPS; • un manque de ressources humaines pour agir en prévention; • un manque de concertation dans les actions; • une approche intersectorielle peu développée; • peu de démarches, à ce jour, dans le volet du contrôle de l'accès aux moyens (contrôle des armes à feu et des médicaments, limiter l'accès à des lieux à risque).

2.2 L'intervention en situation de crise auprès des personnes suicidaires

Intervention téléphonique 24/7

par les centres de prévention du suicide

Une ligne téléphonique spécifique aux personnes suicidaires et à leur entourage accessible en tout temps. Chaque CPS gère la réponse téléphonique sur son territoire le jour. La réponse est régionalisée au CPS de Trois-Rivières les nuits et le fins de semaine.

Les points forts	Les lacunes
• connue et utilisée : autour de 15 000 appels dans la dernière année; • facilement accessible; • une implication de personnes de la communauté (bénévoles); • arrimée à la ligne nationale 1-866-Appelle, qui transfère les appels reçus vers le territoire de l'appelant, partout au Québec.	• des interventions pas toujours harmonisées; • un questionnement quant à la professionnalisation des intervenants téléphoniques (bénévoles / employés); • beaucoup de références mais peu d'arrimage avec les services existants, particulièrement les CLSC quant au suivi à court terme et à l'intervention immédiate dans le milieu et avec les CH pour les cas de dangerosité importante; • beaucoup d'énergie déployée par les 5 CPS pour assurer une réponse de jour malgré un nombre peu élevé d'appels (pour certains CPS).

[26] Nous faisons ici plus particulièrement référence aux programmes suivants: Naître égaux, grandir en santé; soutien au développement des enfants; concept école en santé; soutien aux familles en rupture et en recomposition; soutien aux jeunes mère de moins de 20 ans.

Intervention téléphonique 24/7 par l'Info-Social CLSC

Une ligne 24/7 gérée par les CLSC pour tous problèmes d'ordre psycho-social. Quelque 360 appels spécifiques de personnes suicidaires répondus par la centrale Info-social en 2001-2002 sur les 4 815 appels reçus.

Les points forts	Les lacunes
• un nouveau service qui vient élargir la gamme de services téléphoniques pour les personnes en détresse; • des liens formels avec des intervenants disponibles partout sur le territoire permettant des sorties terrain et la prise en charge via les services des CLSC.	• un service encore peu connu de la population; • le modèle régional d'intervention en situation de crise est aussi méconnu des différents partenaires; • un délai d'attente; • une sous-utilisation des interventions sur le terrain.

Intervention téléphonique 24/7 par les Centres jeunesse

Une ligne 24/7 gérée par les Centres jeunesse pour tout signalement de jeunes en besoin de protection.

Les points forts	Les lacunes
• une expertise développée au cours des années; • une continuité assurée avec les autres services des Centres jeunesse.	• peu d'appels provenant des jeunes suicidaires eux-mêmes

Intervention immédiate dans le milieu (pour les adultes)

Des intervenants sociaux des CLSC sont disponibles pour intervenir en tout temps partout sur le territoire lors de danger grave de passage à l'acte, c'est-à-dire lorsqu'une personne est jugée dangereuse pour elle-même ou pour autrui.

Les points forts	Les lacunes
• un service essentiel qui vient assurer à la personne la présence d'un intervenant social lors d'une crise importante.	• un nouveau service encore méconnu et en période d'organisation; • peu de liens entre les principaux partenaires; • une sous-utilisation des services : seulement 23 sorties terrain en 2001-2002; • une carence signalée sur le plan de la formation des intervenants et du soutien clinique.

Intervention immédiate dans le milieu (pour les jeunes)

Des sorties rapides sur le terrain en cas de besoin de protection, via l'urgence sociale des Centres jeunesse.

Les points forts	Les lacunes
• un service d'urgence 24/7 rapide et efficace pour les cas jugés prioritaires.	• l'arrimage avec le service Info-Social CLSC reste à compléter.

L'hébergement à court terme ou de dépannage (pour les adultes)

Cinq organismes communautaires d'hébergement ont également le mandat d'héberger des personnes lors de situations de crise.

Les points forts	Les lacunes
• des places généralement disponibles pour les références en provenance des CLSC; • des dizaines de personnes hébergées par année mais qui ne sont pas toujours hébergées parce qu'elles sont suicidaires (elles correspondent à la clientèle de ces organismes : rupture sociale, troubles de santé mentale graves et peuvent avoir, de plus, des idéations suicidaires).	• une utilisation et une accessibilité inégales sur le territoire; • un questionnement quant à savoir si les ressources en place conviennent à tous les types de personnes suicidaires (femmes, troubles transitoires, etc.); • des liens difficiles à établir avec les partenaires chargés de la prise en charge.

L'hébergement à court terme ou de dépannage (pour les jeunes)

Les Centres jeunesse gèrent les familles d'accueil jeunesse de tout le territoire ainsi que deux centres de réadaptation : le Pavillon Bourgeois et le Pavillon Laforest.

Les points forts	Les lacunes
• l'établissement a accès à de nombreuses ressources qui peuvent héberger un jeune qui a des idées ou des comportements suicidaires; • la structure d'intervention en situation de crise suicidaire est en phase d'implantation; • un dépistage systématique des idées suicidaires pour les jeunes accueillis en centre de réadaptation; • un très bon encadrement statique et dynamique.	• des intervenants qui manquent de temps et qui demandent plus de formation et de soutien clinique; • des jeunes protégés mais qui n'ont pas toujours l'occasion d'exprimer leur détresse; • malgré que la protection des jeunes soit assurée, les moyens pour leur venir en aide sont limités.

L'urgence des centres hospitaliers

Les services d'urgence reçoivent les personnes en crise suicidaire ou qui ont fait une tentative de suicide.

Les points forts	Les lacunes
• un service médical accessible en tout temps; • la personne suicidaire qui se présente (ou qui est amenée) au CH sera vue par un médecin de l'urgence qui décidera de l'hospitaliser ou non (ou de la référer au service de psychiatrie qui prendra la décision); • certains hôpitaux ont du personnel spécifique à l'urgence pour s'occuper de la personne suicidaire en attendant qu'elle soit vue par un médecin de l'urgence ou par le psychiatre. • certains hôpitaux ont adapté les lieux pour mieux accueillir les personnes en situation de crise.	• l'urgence est souvent considérée, tant par les personnes elles-mêmes que par de nombreux intervenants, comme la porte d'entrée des services; • le modèle actuel est adapté pour traiter les problèmes de santé physique, mais moins ceux de santé mentale; • peu d'ententes formelles et effectives entre les CH et les CLSC pour assurer cohérence et continuité des interventions en situation de crise; • les références vers l'hôpital sont souvent faites trop rapidement et on n'utilise pas les autres services disponibles; • de même, les « sorties » de l'hôpital, si la personne n'est pas hospitalisée, sont faites le plus souvent sans référence aux autres ressources, tant à l'interne (travailleur social), qu'à l'externe (CLSC, etc.); • à peu près pas de liens entre les milieux hospitaliers et les organismes du milieu; • un accès difficile aux ressources psychiatriques et pédopsychiatriques; • une contrainte dans l'organisation du travail pour assurer la disponibilité de personnel spécialisé entraîné, liée aux structures administratives et aux dispositions des contrats collectifs de travail.

L'hospitalisation de courte durée

Traitement spécialisé pour la clientèle en crise suicidaire élevée, le temps que la personne redevienne fonctionnelle dans la société sans être dangereuse pour elle-même.

Les points forts	Les lacunes
• traitement offert par les 4 CH de la région et par le Centre de santé et de services sociaux de la Saint-Maurice; • milieu sécuritaire; surveillance 24/7.	• un manque de ressources humaines, entre autres de psychiatres; • pas toujours de plan de sortie du patient; • peu de liens avec les ressources du milieu; • un milieu pas toujours adapté aux personnes suicidaires qui y côtoient des personnes ayant des troubles mentaux graves; • un milieu peu adapté pour les jeunes (pédiatrie); • un traitement essentiellement médical avec peu ou pas d'interventions psychosociales.

2.3 Le suivi des personnes suicidaires

Le suivi biopsychosocial

Les orientations nationales et régionales nous disent de miser sur les intervenants et les services existants. Les CLSC, via leurs services psychosociaux courants et leur équipe de base en santé mentale, sont particulièrement interpellés par ce volet de services. On parle alors ici d'interventions d'une durée d'environ 4 à 6 semaines dans le cadre, généralement, d'une approche systémique visant la résolution de problèmes. D'autres acteurs interviennent aussi à court et moyen terme. Près de 1 000 interventions enregistrées en 2000-2001 dans les CLSC de la région.

Les points forts	Les lacunes
• les personnes en crise suicidaire (urgence moyenne à élevée) qui se présentent aux CLSC sont rapidement prises en charge; • si l'urgence suicidaire est modérée ou peu élevée, il y a aussi un suivi offert; • du suivi assuré également par les autres organisations du réseau qui connaissent déjà la personne suicidaire (toxico, etc.); • des services professionnels disponibles en pratique privée; • des professionnels qui œuvrent en milieu scolaire.	• un délai d'attente pour le suivi dans certains CLSC; • les intervenants ne sont pas toujours à l'aise pour intervenir auprès d'une personne suicidaire (besoin exprimé de soutien clinique et de formation); • un roulement de personnel; • des équipes de base en santé mentale qui ne sont pas toutes en place dans les CLSC de la région.

Le suivi médical

Les personnes suicidaires peuvent bénéficier d'un suivi médical, qu'elles aient été ou non hospitalisées. Ce suivi médical peut être fait par un médecin de clinique privée, par le personnel de la clinique externe de psychiatrie ou encore par l'équipe de base en santé mentale des CLSC qui compte un médecin.

Les points forts	Les lacunes
• un traitement médical et un suivi de la dépression et autres; • des formations offertes à plusieurs médecins de la région; • mise en place prochaine de groupes de médecine familiale.	• un accès difficile à un médecin de famille; • des personnes qui ne confient pas nécessairement de façon claire leur idéation suicidaire au médecin; • une méconnaissance importante et un manque de liens entre les médecins et les autres services du milieu sur lesquels leur stratégie d'action pourrait s'appuyer; • le mode de rémunération à l'acte est davantage adapté aux problèmes de santé physique aiguë et convient moins aux problèmes de santé mentale; • des médecins en besoin de formation.

2.4 La postvention

Les services de postvention sont de trois ordres : une intervention faite rapidement dans un milieu donné suite à un suicide, une intervention individuelle ou de groupe offerte aux personnes endeuillées ainsi que la mise en place, dans certains milieux, d'un programme de postvention aidant à prévenir les suicides et à intervenir efficacement si un suicide avait lieu.

L'intervention post-traumatique

L'intervention post-traumatique consiste à intervenir dans un milieu suite à un suicide. Ce peut être dans un milieu de travail, dans une famille, à l'hôpital, etc. (pour le milieu scolaire, voir plus loin). Ce mandat est confié aux CPS et aux CLSC de la région.

Les points forts	Les lacunes
• un service accessible et qui semble apprécié sur tout le territoire.	• pas toujours d'arrimage entre le CLSC et le CPS; • peu d'interventions en milieu hospitalier auprès de la famille; • généralement peu de liens avec les coroners et les milieux policiers.

L'intervention auprès des personnes endeuillées

L'intervention auprès des personnes endeuillées par suicide se fait davantage par les CPS, particulièrement pour l'intervention de groupe. Les CLSC interviennent également en individuel auprès d'endeuillés.

Les points forts	Les lacunes
• un service disponible et apprécié.	• une accessibilité plus difficile pour qui habite loin des grands centres; • une attente pour adhérer à un groupe là où il y a peu de masse critique.

Les protocoles de postvention

Les CPS ont le mandat de collaborer à l'implantation de protocoles de postvention, prioritairement en milieu scolaire. Le programme consiste à outiller un milieu à intervenir efficacement s'il y survenait un suicide.

Les points forts	Les lacunes
• les CPS sont très actifs dans la région et ont établi de bons liens avec de nombreuses écoles secondaires et, quelquefois, avec le milieu collégial; • le programme est aussi installé dans des milieux de travail.	• des milieux décident de s'impliquer seulement après qu'un suicide ait eu lieu; • les CPS disent avoir des ressources humaines en nombre insuffisant ou en roulement. Il s'avère donc difficile de répondre à la demande et d'assurer une mise à niveau de façon régulière; • les milieux scolaires ne sont pas tous rejoints; • l'expertise des interventions dans ce domaine doit être consolidée (révision en cours des pratiques au niveau national).

2.5 Le soutien clinique aux intervenants

Les intervenants et les professionnels du réseau doivent avoir accès à des ressources expertes qui peuvent les soutenir s'ils jugent que le cas devient trop lourd. Les *Orientations régionales en santé mentale* indiquaient que ce mandat devait être confié aux centres de prévention du suicide.

Les points forts	Les lacunes
• un service actuellement accessible 24/7 via la ligne d'intervention téléphonique des CPS.	• une forte réticence de la part de certains professionnels à consulter un organisme communautaire, particulièrement si le soutien est assumé par une personne bénévole; • un manque d'arrimage et de reconnaissance entre le milieu communautaire et le réseau public; • des expertises pointues peuvent être nécessaires; • les organisations n'offrent pas toujours le premier soutien clinique dont leurs intervenants auraient besoin.

2.6 La formation des intervenants

Les Orientations régionales confiaient aux CPS le mandat de développer des programmes de formation adaptés aux besoins des intervenants et de mettre à leur disposition des formateurs accrédités. La Régie régionale devait, quant à elle, collaborer avec la Fédération des omnipraticiens du Québec et le Ministère pour l'organisation de la formation de ces professionnels de la santé.

Les points forts	Les lacunes
• des formateurs provenant de CPS de la région seront bientôt accrédités; • plusieurs intervenants motivés et intéressés par de la formation; • plus de 40 médecins omnipraticiens de la région inscrits à 28 jours de formation en santé mentale.	• un problème de roulement de personnel chez les formateurs et chez les intervenants; • la formation accréditée ne saurait répondre à tous les besoins; • des organisations qui ne peuvent pas toujours libérer leurs intervenants pour qu'ils suivent une formation.

2.7 Le leadership, la coordination et la concertation

La Régie régionale est responsable de l'application au niveau régional de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide*. Pour la mise en œuvre de l'ensemble des orientations régionales en santé mentale, les différents partenaires étaient conviés à se coordonner et à se concerter aux niveaux stratégique, tactique et opérationnel.

Les points forts	Les lacunes
• des orientations régionales existantes; • une existence d'un modèle régional d'intervention en situation de crise; • un ajout significatif de budget depuis quelques années; • des mécanismes de concertation territoriale animés par les CLSC; • plusieurs protocoles signés entre les partenaires.	• un écart entre les orientations et leur mise en œuvre; • une méconnaissance du rôle respectif des différents acteurs; • les protocoles d'entente et les mécanismes de collaboration prévus entre les partenaires ne sont pas tous établis ni utilisés et sont souvent méconnus; • peu ou pas de plan de services; • des acteurs souvent laissés à eux-mêmes; • une réticence à la concertation dans certains milieux.

Principaux constats

Nous retrouvons un dynamisme et un intérêt certain chez bon nombre d'intervenants de la région face au phénomène du suicide. Ce n'est pas la bonne volonté qui fait défaut et des organisations ont déployé des efforts pour adapter leurs services et leurs activités aux personnes suicidaires. Les cinq centres de prévention du suicide sont particulièrement actifs dans leur milieu respectif à travers leurs services aux personnes suicidaires et aux personnes endeuillées, mais aussi par leurs nombreuses activités de sensibilisation.

Quant à l'organisation des services, il apparaît que peu de liens, formels ou non, existent entre les différents acteurs du réseau, qu'ils soient du milieu communautaire ou des établissements publics. Chacun offre son bout de services sans établir ces ententes qui assureraient à la personne suicidaire une véritable continuité de services. De plus, les intervenants, quoique motivés, sont souvent mal à l'aise pour intervenir auprès d'une personne suicidaire, particulièrement si elle est en crise. Le concept d'urgence sociale ne semble pas intégré dans tous les milieux.

La tendance lourde observée est que la personne suicidaire se retrouve à l'urgence du centre hospitalier, qu'elle s'y présente d'elle-même ou encore qu'elle soit référée par un intervenant de la communauté. Là, elle finira bien par avoir un traitement médical, mais c'est ailleurs qu'elle trouvera un « traitement psychosocial ». Mais, il n'existe que peu de lien entre le milieu médical et le milieu social, et vice versa. Si son état ne nécessite pas une hospitalisation, la personne suicidaire recevra simplement son congé, le plus souvent sans plan de sortie et sans référence formelle avec les organismes ou les établissements qui devraient prendre la relève, particulièrement les CLSC.

Quant aux services d'intervention téléphonique, ils sont passablement utilisés par les personnes suicidaires et leur entourage, particulièrement la ligne spécifique desservie par les centres de prévention du suicide. Mais là aussi, les liens formels sont pratiquement inexistants avec les autres services d'intervention en situation de crise. Les Orientations régionales en santé

mentale prévoyaient cette mise en réseau des services à l'intérieur du modèle d'intervention en situation de crise. Force est de constater, la mise en place de ces orientations étant somme toute récente, que beaucoup de chemin reste à parcourir.

Voici, en bref, les principales lacunes identifiées dans le réseau de services régional :

- l'urgence des centres hospitaliers constitue très souvent la principale portée d'entrée aux services pour les personnes suicidaires, qu'elles s'y rendent d'elles-mêmes ou qu'elles soient référées par des intervenants du milieu;
- les services d'intervention immédiate dans le milieu pour les personnes en crise suicidaire n'ont pas atteint leur vitesse de croisière;
- les personnes qui sont suicidaires mais qui ne sont pas en situation de crise éprouvent des difficultés à être suivies par un intervenant social;
- les personnes suicidaires dont l'état ne nécessite pas une hospitalisation mais qui auraient besoin d'être hébergées temporairement, ne trouvent pas toujours des ressources adaptées à leur situation;
- les services sont morcelés, chacun travaillant de son côté, le plus souvent sans liens avec les autres partenaires, ce qui met la continuité des services en péril;
- la multitude des références vers les autres services se fait souvent sans liens formels avec ces partenaires et sans accompagner la personne en besoin;
- existe un certain clivage entre le milieu social et le milieu médical, quelquefois même à l'intérieur du même établissement, ainsi qu'entre les établissements publics et les organismes communautaires, de même qu'un sentiment réciproque vécu par les différents acteurs de ne pas être reconnu par l'autre;
- un manque de leadership aux niveaux régional et local, un manque de coordination des actions et une concertation quelquefois difficile;
- l'isolement vécu par les intervenants et un besoin clairement exprimé par ceux-ci d'être mieux outillés et formés, d'être soutenus au plan clinique et d'avoir des lieux pour partager leurs expériences;
- un besoin d'agir davantage en amont afin de prévenir les suicides.

Chapitre 3 : Zones d'amélioration et cibles d'action prioritaires 2003-2006

Comme le lecteur a pu le constater, nous avons dans cette démarche documenté l'état de la situation régionale dans le dossier du suicide avant de dégager les principaux constats sur les acquis et les lacunes de notre organisation de services. Nous présentons maintenant les résultats des discussions menées au groupe de travail. Le statu quo n'est pas apparu acceptable. Les *Orientations régionales en santé mentale* adoptées en 1999 vont continuer de s'appliquer et les différentes mesures prévues vont être mises en place progressivement. Le modèle régional d'intervention en situation de crise n'est pas remis en question, ni d'ailleurs les autres mesures identifiées dans ces orientations. Lorsque ces différentes mesures seront appliquées comme prévu et que tous les mécanismes de concertation et de coordination qui en font partie seront actualisés, les personnes suicidaires de partout en région devraient être bien desservies. Certains services ont déjà pris leur envol et sont appréciés, comme, par exemple, les services de postvention.

3.1 Zones d'amélioration et cibles d'action 2003-2006

Le travail sur les forces et les lacunes de l'organisation des services a amené le groupe de travail à dégager six zones d'amélioration. L'idée est d'agir sur ce qui semble le plus percutant dans le but d'améliorer les services offerts dans la région et d'en venir à réduire le nombre de décès par suicide.

Ces zones d'amélioration sont les suivantes :

- agir davantage en amont;
- assurer une intervention optimale auprès des personnes en situation de crise suicidaire;
- assurer un meilleur suivi des personnes suicidaires;
- adapter les ressources d'hébergement;
- favoriser la mise en réseau et la continuité des services;
- développer les connaissances et l'expertise.

À partir de ces zones d'amélioration, le groupe de travail a identifié douze actions prioritaires qui devraient être menées avec vigueur, par l'ensemble des partenaires impliqués, au cours des trois prochaines années.

3.1.1 Agir davantage en amont

Si l'on veut prévenir les décès par suicide et réduire le taux de suicide dans la région, des actions doivent être posées avant même l'apparition d'idées ou de comportements suicidaires. Il s'agit ici de renforcer les facteurs de protection, particulièrement chez les jeunes, qui vont les outiller à faire face aux difficultés de la vie.

Aussi, certains groupes sont reconnus au Québec comme étant à risque de suicide. On pense ici, entre autres, aux personnes qui présentent des troubles mentaux, qui éprouvent des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie ou qui ont déjà fait une tentative de suicide. Il s'agit de personnes provenant de tous les groupes d'âge, d'hommes et de femmes, même si, de façon générale, les hommes sont particulièrement visés. Dans la région, la communauté Atikamekw peut être considérée comme un groupe à risque de suicide. Les actions menées dans chacun des territoires doivent être coordonnées au niveau régional.

Actions

- Soutenir le développement des programmes de promotion et de prévention, particulièrement chez les jeunes, qui favorisent les facteurs de protection, tels que l'estime de soi, le *coping*, les habilités sociales et le contrôle personnel.

- Mettre en place dans tous les districts des programmes reconnus efficaces pour intervenir auprès des groupes à risque de suicide, les hommes étant particulièrement visés.

3.1.2 Assurer une intervention optimale auprès des personnes en situation de crise suicidaire

La personne qui vit une crise suicidaire doit avoir accès rapidement, et en tout temps, à différents services sociaux et médicaux qui lui permettent de faire baisser son niveau de tension et qui l'empêchent de passer à l'acte. Une intervention téléphonique menée par des intervenants habiletés à intervenir dans des situations de crise permettra, le plus souvent, de diminuer cet état de crise. Les cinq centres de prévention du suicide déploient, chacun, beaucoup d'énergie pour offrir un service d'intervention téléphonique, ce qui, dans certains cas, peut contribuer à les rendre moins disponibles pour les autres actions qu'ils mènent dans leur milieu.

Dans certaines situations de crise, il peut être nécessaire d'aller rencontrer la personne, d'intervenir directement auprès d'elle selon des techniques appropriées et, au besoin, de l'accompagner à l'intérieur du réseau de services, que ce soit à l'urgence d'un centre hospitalier ou auprès de son médecin, vers un intervenant de l'équipe de base en santé mentale du CLSC ou vers une ressource d'hébergement en situation de crise. Des choix qui sont faits en fonction du niveau d'urgence identifié et des besoins spécifiques de chaque personne. Par ailleurs, les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux doivent pouvoir reconnaître les signes indiquant qu'une personne est à risque de suicide et connaître les services disponibles.

Très souvent, les personnes suicidaires se présentent, d'elles-mêmes ou accompagnées d'un proche ou d'un intervenant social, à l'urgence d'un centre hospitalier. Là, elles ont besoin d'y retrouver des conditions favorables qui puissent les sécuriser et les apaiser.

Actions

- Améliorer le fonctionnement à l'urgence des centres hospitaliers par l'adaptation de l'organisation des services, par l'amélioration de l'évaluation psychosociale et par l'adaptation des lieux aux personnes en situation de crise suicidaire.

- Revoir l'organisation optimale de la réponse téléphonique des centres de prévention du suicide.

3.1.3 Assurer un meilleur suivi aux personnes suicidaires

Les personnes suicidaires qui ne sont pas déjà desservies par un établissement du réseau (santé mentale, toxicomanie, centres jeunesse) sont référées au CLSC pour une prise en charge immédiate. Les intervenants sociaux, particulièrement ceux faisant partie des équipes de base en santé mentale, assurent, de façon prioritaire, le suivi à court et à moyen terme des personnes suicidaires. L'intervenant va également accompagner la personne à l'intérieur du réseau de services et continuer à la suivre même lorsque d'autres partenaires du réseau lui assurent des services. L'intervenant du CLSC joue un rôle central dans le plan de services individualisé. Un intervenant sera désigné dans chacun des CLSC afin de développer une expertise de pointe dans le domaine du suicide et d'agir en soutien conseil auprès de ses collègues. Chaque organisme ou établissement concerné désignera également une personne à l'intérieur de leur organisation aux mêmes fins.

Des groupes de médecine familiale seront bientôt mis en place dans la région. Ils seront un lieu privilégié pour arrimer les interventions psychosociales et médicales.

Actions

- Réaffirmer la nécessité que chaque CLSC soit doté d'une équipe de base en santé mentale et qu'à l'intérieur de celle-ci soit désigné un intervenant qui développera une expertise dans l'intervention auprès des personnes suicidaires et qui agira en soutien conseil auprès de ses collègues. De plus, que chaque organisme communautaire et établissement concerné désigne pour les mêmes fins un intervenant.

- Consolider les ressources humaines au niveau du suivi auprès des personnes suicidaires dans les équipes de base en santé mentale des CLSC.

- S'assurer de la disponibilité de ressources professionnelles psychosociales dans les groupes de médecine familiale pour l'évaluation et le suivi des personnes suicidaires.

3.1.4 Adapter les ressources d'hébergement

Les personnes en situation de crise suicidaire ont besoin quelquefois de sortir de leur milieu naturel et d'être hébergées dans un milieu où elles peuvent retrouver une certaine quiétude. Bien sûr, si l'urgence suicidaire est très élevée, la personne se retrouvera le plus souvent dans un milieu hospitalier où l'on peut assurer une surveillance constante. Par contre, si l'urgence est modérée ou faible, les organismes communautaires qui ont le mandat d'hébergement en situation de crise peuvent être mis à contribution. Ces ressources desservent déjà une clientèle spécifique, le plus souvent des personnes itinérantes ou celles ayant des problèmes graves de santé mentale. La Régie régionale, en collaboration avec ces organismes communautaires, va s'assurer que les personnes en situation de crise suicidaire puissent y trouver un lieu adapté à leur situation.

L'idée est avancée également de mettre sur pied une nouvelle ressource d'hébergement dédiée spécifiquement aux personnes suicidaires. Une étude de besoins préalable est une étape nécessaire qui permettra de situer la contribution de cette nouvelle ressource dans l'offre de

service régionale. La Régie régionale va donc s'assurer que toutes les personnes suicidaires en besoin d'hébergement puissent trouver dans son réseau les ressources appropriées.

Action

- Mettre en place un groupe de travail dont le mandat sera de mettre sur pied une ressource régionale d'hébergement offrant du traitement aux personnes suicidaires.

3.1.5 Favoriser la mise en réseau et la continuité des services

Le problème majeur identifié dans cette démarche est sans doute la difficulté d'assurer une continuité de services aux personnes suicidaires. Les différents acteurs du réseau de la santé et des services sociaux offrent généralement de bons services...mais chacun de leur côté. Le défi du réseau est d'assurer une continuité de services afin de resserrer le filet de sécurité autour des personnes aux prises avec des idées suicidaires. Les *Orientations régionales en santé mentale* identifiaient clairement cette nécessité de développer des ententes entre les différents partenaires impliqués dans le modèle d'intervention en situation de crise. Les organismes et établissements concernés du réseau ont la responsabilité d'offrir des services de qualité et coordonnés aux personnes suicidaires. La désignation de répondants et la mise en place de mécanismes de coordination et de concertation aux plans régional et local permettront à la Régie régionale et aux organisations impliquées d'assurer le leadership nécessaire à la mise en réseau des services et des actions.

Il y a également un souci de rechercher une imputabilité et une plus grande responsabilisation des différents acteurs concernés. Comme l'offre de service repose sur une mosaïque de contributions, un lieu commun est suggéré où pourrait s'exercer la reddition de compte et l'imputabilité.

Au plan clinique, chaque organisme ou établissement du réseau qui accueille une personne suicidaire a la responsabilité d'initier la concertation avec les partenaires concernés afin d'élaborer un plan de services individualisés répondant à l'ensemble des besoins de cette personne.

Actions

- Établir des mécanismes et des protocoles de liaison entre les organismes et les cabinets de médecins pour l'évaluation et le suivi des personnes suicidaires.
- Opérationnaliser un plan de services impliquant les établissements concernés pour la prise en charge et le suivi des personnes suicidaires, particulièrement les personnes qui ont déjà fait une tentative de suicide.
- Créer une instance régionale imputable de la réalisation des actions retenues et qui serait composée des répondants désignés dans tous les établissements et organismes communautaires ainsi que d'un porteur du dossier à la Régie régionale.

3.1.6 Améliorer les connaissances et l'expertise

Afin d'assurer des interventions efficaces et des services de qualité, les intervenants du réseau ont besoin et ils demandent d'avoir accès à du soutien clinique et à de la formation continue. Ils veulent être informés sur l'évolution des connaissances dans ce domaine. Pour briser l'isolement des intervenants et faire en sorte qu'ils se sentent à l'aise et outiller pour intervenir auprès des personnes suicidaires, une série d'actions seront posées. La Régie régionale va élaborer, avec la collaboration de ses partenaires, un plan de formation à l'intention des différents intervenants et professionnels impliqués dans les services. Aussi, de par ses activités de connaissances et de surveillance, elle verra à l'amélioration des connaissances dans ce domaine qui sont spécifiques à la région. Enfin, par la coordination régionale qui sera dorénavant assurée dans ce dossier et qui établira des liens étroits avec les experts reconnus au plan national et régional, et par la création d'un véritable réseau de service et de concertation au plan local, les intervenants auront accès à du soutien et à des connaissances de pointe dans le domaine du suicide.

Action

• Améliorer les connaissances et l'expertise des intervenants et des professionnels du réseau par la diffusion d'outils de repérage et d'évaluation de l'urgence suicidaire, par la formation continue et par le soutien clinique.

3.2 Exercice de priorisation

Les douze actions retenues par le groupe de travail n'ont pas toutes la même ampleur. Le groupe de travail a procédé à un exercice de priorisation afin d'inscrire dans l'an 1 (2003-2004) et, ensuite, dans l'an 2 (2004-2005) les actions qu'il jugeait prioritaires. Apparaissent dans l'an 3 (2005-2006) les actions jugées importantes. L'ordre de déploiement des actions dans les trois prochaines années est donc significatif et indique l'importance accordée à chacune.

Cibles d'action 2003-2004
• Améliorer le fonctionnement à l'urgence des centres hospitaliers par l'adaptation de l'organisation des services, par l'amélioration de l'évaluation psychosociale et par l'adaptation des lieux aux personnes en crise suicidaire.
• Réaffirmer la nécessité que chaque CLSC soit doté d'une équipe de base en santé mentale et qu'à l'intérieur de celle-ci soit désigné un intervenant qui développera une expertise dans l'intervention auprès des personnes suicidaires et qui agira en soutien conseil auprès de ses collègues. De plus, que chaque organisme communautaire et établissement concerné désigne pour les mêmes fins un intervenant.
• Opérationnaliser un plan de services impliquant les établissements concernés pour la prise en charge et le suivi des personnes suicidaires, particulièrement les personnes qui ont déjà fait une tentative de suicide.

• Améliorer les connaissances et l'expertise des intervenants et des professionnels du réseau par la diffusion d'outils de repérage et d'évaluation de l'urgence suicidaire, par la formation continue et par le soutien clinique.
• Créer une instance régionale imputable de la réalisation des actions retenues et qui serait composée des répondants désignés dans tous les établissements et organismes communautaires ainsi que d'un porteur du dossier à la Régie régionale.

Cibles d'actions 2004-2005
• Établir des mécanismes et des protocoles de liaison entre les organismes et les cabinets de médecins pour l'évaluation et le suivi des personnes suicidaires.
• Mettre en place un groupe de travail dont le mandat sera de mettre sur pied une ressource régionale d'hébergement offrant du traitement aux personnes suicidaires.
• Revoir l'organisation optimale de la réponse téléphonique des centres de prévention du suicide.

Cibles d'actions 2005-2006
• S'assurer de la disponibilité de ressources professionnelles psychosociales dans les groupes de médecine familiale pour l'évaluation et le suivi des personnes suicidaires.
• Soutenir le développement des programmes de promotion et de prévention, particulièrement chez les jeunes, qui favorisent les facteurs de protection tels que l'estime de soi, le *coping*, les habiletés sociales et le contrôle personnel.
• Consolider les ressources humaines au niveau du suivi auprès des personnes suicidaires dans les équipes de base en santé mentale des CLSC.
• Mettre en place sur tous les districts des programmes reconnus efficaces pour intervenir auprès des groupes à risque de suicide, les hommes étant particulièrement visés.

Conclusion

Conclusion

Nous avons vu l'état de grande détresse dans lequel sont plongées les personnes suicidaires. Elles doivent déployer des efforts immenses pour s'accrocher à la vie et traverser leurs difficultés autrement qu'en mettant fin à leurs jours.

Les efforts que nous avons à faire comme intervenants et comme organisations du réseau de la santé et des services sociaux ne sont pas moins grands. Nous sommes ici dans un domaine où il y a beaucoup de souffrances et où il est souvent question de vie et de mort. Il y a urgence de se mobiliser et d'agir avec vigueur afin de rendre opérationnelles et efficaces les mesures prévues dans les *Orientations régionales en santé mentale* et les actions ciblées dans le présent document.

Le réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec est un réseau dynamique où l'on trouve des gens et des organisations engagés et dévoués. Faisons de la problématique du suicide une priorité régionale et agissons ensemble afin d'atteindre cet objectif de réduire le nombre de décès par suicide dans notre région au cours des prochaines années.

ANNEXE 1

Liste des participants aux *focus groups* tenus à l'automne 2002

Les centres de prévention du suicide

Kate Parent et Renée Savignac :	CPS du Haut St-Maurice
Annick Bellerive et Lise Gaudet :	CPS Centre-de-la-Mauricie, Mékinac
Brian Dickinson et Renée Quévillon	CPS de Trois-Rivières
Paula Vachon	Réseau prévention suicide des Bois-Francs
Sylvie Allard et Francine Tessier	CEPS Drummond

Les organismes communautaires d'hébergement (avec mandat en situation de crise)

Daniel Dore et Joanne Salvail	L'Ensoleivent
Hélène Dubé et Christian Lamothe	Le Centre Le Havre de Trois-Rivières
Lorraine Lemay	La Chrysalide

Les CLSC

Sophia Beaulieu	Centre de santé Les Blés d'Or
Mario Bourdon	Centre de santé de la MRC de Maskinongé
Marie-Claude Michel-Gariépy	CLSC-CHSLD de l'Érable
Yvon Gervais	CLSC-CHSLD du Centre-de-la-Mauricie
Nicole Lapointe	Centre de santé SSS de la Saint-Maurice
Nathalie Magnan	CLSC Drummond
Jacques Plouffe	Centre de santé Nicolet-Yamaska
Suzanne Thibeaudeau	CLSC Les Forges

Les intervenants jeunesse

Pauline Maranda	Centres jeunesse (milieu pavillonnaire)
Paul Samson	Centres jeunesse (DPJ)
Manon Cloutier	CHCM / services de pédopsychiatrie
René Leblanc	Hôtel-Dieu d'Arthabaska / services de pédo
Christiane Filion	CLSC Les Forges (milieu scolaire)
Claire Francoeur	CLSC Suzor-Côté (milieu scolaire)
Claudia Boisvert	Alternative jeunesse (maison de jeunes)
Marie-Claude Dionne	Point de rue (travailleur de rue)
Lise Toupin	Répit jeunesse (travailleur de rue)

Les personnes endeuillées

Alain Bellemare	Centre-de-la-Mauricie
Suzanne Bourgeois	Drummondville
Jean-Guy Champoux	Trois-Rivières
Pierre Fortin	Bois-Francs
Solange Guimond	Trois-Rivières
Mireille Langelier	Trois-Rivières
Marielle Leroux	Drummondville
André Lutz	Trois-Rivières
Denise Rivard	Centre-de-la-Mauricie
Sylvie Roy	Haut-St-Maurice
Pierrette Sévigny	Bois-Francs

Les centres hospitaliers

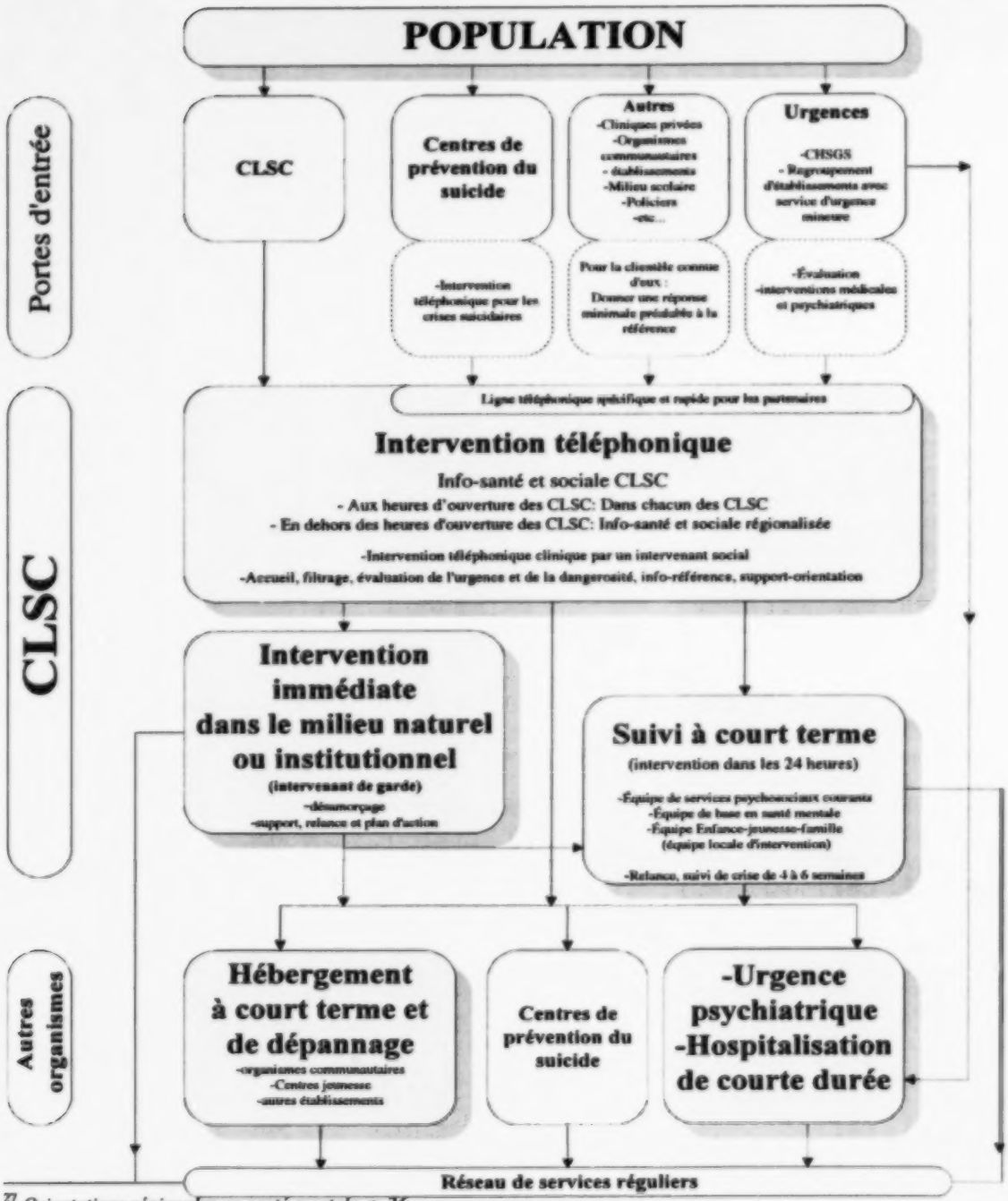
Jocelyne Bélisle	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie
Huguette Beauchesne	Hôtel-Dieu d'Arthabaska
Jean-Marie Nolet	Hôtel-Dieu d'Arthabaska
Anna Breton et Carline Filion	Hôpital Sainte-Croix
Danielle Bérubé	Centre de santé Nicolet-Yamaska

Les médecins omnipraticiens

Luc Bouvet	Centre de santé Nicolet-Yamaska
Pierre Martin	Coroner; Centre de santé Cloutier-du Rivage
Réjean Ruel	Clinique privée, Ste-Anne-de-la-Pérade
Lise Savard	Centre hospitalier du Centre-de-la-Mauricie

Annexe 2

Schéma opérationnel du modèle régional d'intervention en situation de crise[27]



[27] *Orientations régionales en santé mentale*, p. 36

Annexe 3

Urgence suicidaire[28]

Urgence faible 1-2-3	Urgence moyenne 4-5	Urgence élevé 6-7-8
Urgence 1 État de vulnérabilité • Vit de l'anxiété, mais demeure relativement calme. • N'a pas d'idées suicidaires. Urgence 2 Flash • Ne semble pas en crise. • Vit du trouble, mais sans perte de contrôle. • A des idéations suicidaires diffuses ou plus précises, mais très brèves et non ruminées. Urgence 3 Idéation suicidaire • A des idées suicidaires qui reviennent régulièrement (quelque fois/sem ou par mois). • Accepte l'aide. • Peut avoir encore des projets. • Reprend espoir (attention aux rémissions spontanées). • Semble vouloir attendre avant de passer à l'acte.	Urgence 4 à 5 De la rumination à la cristallisation Urgence 4 • Le COQ (comment, où, quand) prend de + en + forme. • Pense au suicide à tous les jours. • Peut même être obsédé par ce projet. • Perçoit de moins en moins d'alternatives au suicide. • N'a pas encore déterminé tous les éléments du plan suicidaire. • Peut commencer à penser à comment et à quand, mais rien n'est décidé de façon définitive. • Vit de l'anxiété, mais les émotions demeurent contrôlées. • Ressent une grande ambivalence face à son plan suicidaire, son désir de vivre est perceptible. • Garde espoir de s'en sortir. Urgence 5 • Le COQ est prévu dans plus de 48 heures. • Retient le suicide comme option principale pour arrêter la souffrance. • A une vision en tunnel, c'est-à-dire un champ de conscience très limité. • La pensée devient dichotomique : vivre ou mourir. • Équilibre émotif très fragile. • Moyen peut être accessible. • Vit une moins grande ambivalence face au suicide : le désir de mourir prend de plus en plus d'importance.	Urgence 6 Planification dans moins de 48 heures • Le COQ est prévu dans moins de 48 heures. • A complété la planification du suicide : la méthode est choisie, les préparatifs sont faits et le moyen est disponible. • Peut souvent expliquer rationnellement son intention de se suicider. • Vit de l'agitation ou une coupure face à ses émotions. • Peut ne pas vouloir d'aide. Urgence 7 Passage à l'acte imminent • Le COQ est dans l'immédiat. • Menace de passer à l'acte durant l'entretien ou immédiatement après la fin de l'entretien. • Vit de l'agitation ou une coupure face à ses émotions. • Peut ne pas vouloir d'aide. Urgence 8 Tentative en cours • Mise en œuvre du plan suicidaire. • Intervention médicale nécessaire. • Communication avec une ressource appropriée. • L'intervenant n'a pas à évaluer ou à juger lui-même la létalité du moyen utilisé.

[28] Tiré du Programme provincial de formation *Intervenir en situation de crise suicidaire*, AQS, juillet 2001, p. 36

BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (2000). *Protocole d'intervention en situation de problématique suicidaire dans les centres jeunesse.* Juin, 6 p.

Boursier, S., Vachon, P., & Lavigne, S. (2001). *Statistiques provinciales, régionales et locales. Outil de référence.* Trois-Rivières: Réseau de Prévention Suicide des Bois-Francs inc.

Charbonneau Lucie (1999). *Cahier statistique sur la problématique du suicide.* Association québécoise de suicidologie.

DESCHÊNES, L., et POTVIN, N. (2002). *Stratégie québécoise d'action face au suicide – Où en sommes-nous après quatre ans d'implantation? Évaluation d'implantation.* Présentation au colloque sur la prévention du suicide tenu le 15 mai 2002 à Hull.

La PRESSE (2002). La Chine fait la lutte au suicide. Dimanche 1er décembre 2002.

LAVERDURE, J., et JULIEN, M. (2002). *Avis scientifique sur les interventions pour prévenir le suicide chez les jeunes.* Institut national de santé publique, Présentation power point.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2002). *Priorités nationales de santé publique (1997-2002). Vers l'atteinte des résultats attendus : 4e bilan.* Québec, 232 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide – S'entraider pour la vie.* Québec, 94 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Programme national de santé publique (2003-2012).* Disponible en janvier 2003.

MOUNIR, Samy (1999). Enfance, famille et société. Le mythe de la réalisation personnelle. Revue Prisme, no.29, p. 24-40.

MOUNIR, Samy (1998). Le « pourquoi vivre » ou le « pour qui vivre ». Recueil de textes du Colloque provincial en prévention du suicide - Un Québec sans suicide? Tout faire pour y parvenir. Association québécoise de suicidologie. p. 1-10.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2001). *Rapport sur la santé dans le monde. La santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs.*

Position clinique des pédospychiatres (2002). Le médecin du Québec, mai 2002, vol. 37, n° 5, p. 87-93.

PRONOVOST, J. et autres (2002). Concerto vie – Projet d'intervention concertée auprès des jeunes à risque suicidaire, octobre, Centre jeunesse de l'Estrie, 90 p. et annexes.

PRONOVOST, J. et autres (2002). Concerto vie – Projet d'intervention concertée auprès des jeunes à risque suicidaire. Faits saillants, octobre, Centre jeunesse de l'Estrie, 21 p.

PRONOVOST, J., et LECLERC, D. (2000). *L'Évaluation et le dépistage des adolescent(e)s suicidaires en centres jeunesse.* Revue de Psychoéducation et d'Orientation, 31 (1), p. 81-100.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC (2002) *Enquête sociale et de santé. Regard sur la santé et le bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec. Enquête sociale et de santé 1998.* Québec, Analyse : Bernier S, Pepin Y, Boivert R, Michel C, Rocheleau L, Ross C, Sérandour B, Tétreault H. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. 254 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC (2002). *Faits saillants de l'enquête sociale et de santé 1998.* Québec, Analyse : Bernier S, Pepin Y, Boivert R, Michel C, Rocheleau L, Ross C, Sérandour B, Tétreault H. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. 31 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC (2002). *Des communautés en santé. Cadre de référence en matière de santé publique*, 92 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC (1999). *Les orientations régionales en santé mentale*, novembre, 145 p.

RICHARD, M., PÉPIN, Y., BERNIER, S., avec la contribution de l'équipe connaissance surveillance et évaluation (C/S/É), Boisvert, R., Coderre. R., Longval, J., Rocheleau, L., et Ross, C. (2202). *Le suicide dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec (Document de travail).* Trois-Rivières: Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

SAINT-LAURENT, D. *Le suicide par région en 1996 (Québec total); Décès par suicide en 1997 (Mauricie et Centre-du-Québec).* Québec: Direction de la santé publique, MSSS.

SAINT-LAURENT, D.(2002). *Évolution du suicide au Québec.* Institut national de santé publique. Présentation au colloque sur la prévention du suicide tenu le 15 mai 2002 à Hull.

SAINT-LAURENT, D., & Tennina, S. (2000). *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1er septembre et le 31 décembre 1996.* Québec: MSSS.

SANTÉ CANADA. (1994). *Le suicide au Canada : mise à jour du rapport du groupe d'étude sur le suicide au Canada.* Ottawa: Division de la santé mentale. Direction des services de santé. Direction générale des programmes et des services de santé (GPSSSC).

STATISTIQUE CANADA (2002). *Indicateurs de la santé. Tableaux des données. Décès –Toutes Causes.* Décembre 2001 (vol. 2001, n°3).

TÉTREAULT H (2000). *Enquête sur la santé et le bien-être des jeunes du secondaire en Mauricie et au Centre-du-Québec. Faits saillants.* Groupe Vigie et qualité des services. Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.